



Conseil économique et social

Distr. générale
25 mars 2019
Français
Original : anglais

Comité du programme et de la coordination

Cinquante-neuvième session

Session d'organisation, 18 avril 2019

Session de fond, 3-28 juin 2019*

Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire**

Questions relatives au programme : évaluation

Évaluation du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Rapport du Bureau des services de contrôle interne

Résumé

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) exécute des programmes de santé publique avec pour projet de veiller à ce que tous les réfugiés soient en mesure de jouir de leurs droits en matière d'accès aux sous-secteurs suivants de la santé publique : a) les soins de santé primaires et secondaires ; b) la prévention, la protection ainsi que les soins et les traitements en rapport avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et les services de santé procréative ; c) la sécurité alimentaire et la nutrition ; d) les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Il collabore avec ses partenaires, notamment avec les autorités des pays d'accueil, pour que les réfugiés aient directement accès à certains services et aux systèmes nationaux de santé.

La Stratégie globale pour la santé publique adoptée par le HCR pour la période 2014-2018 a doté la programmation de ses opérations en la matière d'un solide cadre général, bien que l'intégration des réfugiés dans les systèmes nationaux de santé ait continué de souffrir de lacunes. Les besoins de santé des réfugiés ont été bien cernés, mais les déficits de financement ont contraint les opérations à adopter des critères propres pour hiérarchiser ou cibler les interventions de santé publique, et au-delà des phases d'urgence, la planification s'est généralement avérée insuffisante.

Si la plupart des parties prenantes ont jugé efficaces les interventions de santé publique du HCR, les résultats effectifs des actions entreprises ont été plus mitigés, les réussites étant plus nombreuses dans le domaine des soins de santé primaires. La

* Les dates de la session de fond sont à confirmer.

** [E/AC.51/2019/1](#).



plupart des réfugiés ont pu avoir accès aux systèmes nationaux de santé. Ils se sont toutefois heurtés à des obstacles critiques, en particulier au coût de cet accès.

La coordination de la prestation des services et la gestion des partenaires d'exécution ont été assurées de façon généralement efficace, non sans difficultés liées aux retards dans la signature des accords, aux capacités inégales des partenaires et à la coordination avec les organismes des Nations Unies. La démarche de l'inclusion¹ a nécessité des partenariats accrus avec les gouvernements et les acteurs du développement en vue de renforcer les systèmes de santé.

L'intégration insuffisante des sous-secteurs de santé publique, le manque de cohérence entre le secteur de la santé publique et ceux de la protection, de l'éducation et de l'hébergement, et les carences du suivi des résultats de santé à l'échelle mondiale ont rendu difficile l'exécution efficace et efficiente des programmes dans ce domaine. Le personnel de santé publique estimait qu'au sein du HCR, la santé n'était pas considérée comme faisant partie du mandat fondamental de protection confié au Haut-Commissariat.

Le Bureau des services de contrôle interne (BSCI) formule cinq recommandations à l'intention du HCR :

- a) Mettre davantage l'accent, dans la prochaine stratégie pour la santé publique, sur la transition vers un appui aux systèmes de santé plus axé sur la durée et l'inclusion ;
- b) Planifier les opérations de manière prospective et stratégique, en veillant à intégrer la santé publique dans tous les aspects de cette planification ;
- c) Améliorer le suivi des résultats de santé hors camps, notamment par l'utilisation de données pour prendre des décisions stratégiques ;
- d) Renforcer les mécanismes de suivi concrets, spécifiques aux partenaires, afin de remédier aux éventuels chevauchements ou lacunes résultant des activités des autres organismes des Nations Unies ou des partenaires opérationnels, et afin d'appliquer les enseignements tirés des projets pilotes pluriannuels et multipartenaires ;
- e) Renforcer les liens multisectoriels par leur mise en exergue dans la prochaine stratégie pour la santé publique et par la présentation, faits à l'appui, de modèles efficaces de programmation intégrée.

¹ Aux fins du présent rapport, les termes « inclusion » et « intégration » sont interchangeables pour désigner l'accès aux systèmes nationaux de santé.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction et objectif de l'évaluation	4
II. Considérations générales	4
III. Méthodologie	8
IV. Résultats de l'évaluation	9
A. La Stratégie globale pour la santé publique adoptée par le HCR pour la période 2014-2018 a doté la programmation de ses opérations dans ce domaine d'un solide cadre général, bien que l'inclusion et la planification à plus long terme aient continué de souffrir d'importantes lacunes	9
B. Si la plupart des parties prenantes ont jugé efficaces les interventions de santé publique du HCR, les résultats effectifs dans ce domaine se sont avérés plus mitigés, les réfugiés se heurtant à des obstacles critiques pour accéder aux systèmes nationaux de santé.	15
C. Les partenariats et la coordination ont été essentiels à une mise en œuvre efficace et efficiente, et ont été mis à profit, dans certains cas, pour résoudre les lacunes et les contraintes	25
D. L'intégration insuffisante des sous-secteurs de la santé publique, le manque de cohérence entre le secteur de la santé publique et ceux de la protection, de l'éducation et de l'hébergement, ainsi que les carences du suivi des résultats de santé à l'échelle mondiale ont rendu difficile l'exécution efficace et efficiente des programmes de santé publique.	28
V. Conclusion	32
VI. Recommandations	32
Annexe	
Observations reçues du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	35

I. Introduction et objectif de l'évaluation

1. La Division de l'inspection et de l'évaluation du BSCI a décidé d'évaluer le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés sur la base des conclusions d'une analyse des risques réalisée en vue de recenser les priorités en matière d'évaluation des programmes du Secrétariat. Le Comité du programme et de la coordination s'est proposé d'examiner cette évaluation à sa cinquante-neuvième session, en juin 2019 (voir [A/72/16](#), par. 95). L'Assemblée générale a souscrit à cette proposition dans sa résolution [72/9](#).

2. Les évaluations du BSCI sont effectuées conformément aux résolutions [48/218 B](#), [54/244](#) et [59/272](#) de l'Assemblée générale, ainsi qu'à la circulaire du Secrétaire général relative à la création du BSCI ([ST/SGB/273](#)). Les activités d'évaluation du Bureau sont organisées par les Règlement et règles régissant la planification des programmes, les aspects du budget qui ont trait aux programmes, le contrôle de l'exécution et les méthodes d'évaluation ([ST/SGB/2018/3](#), art. 7.1).

3. L'évaluation avait pour objet de déterminer aussi exhaustivement et objectivement que possible la pertinence, l'efficacité et l'efficacé des interventions de santé publique que le HCR a menées pour les réfugiés et les demandeurs d'asile pendant la période 2014 à 2018. L'objet de l'évaluation a été défini à l'issue d'une estimation des risques au niveau des programmes, qui est présentée en détail dans le document préliminaire (IED-18-009 du 24 juillet 2018). L'évaluation a été menée conformément aux normes et règles d'évaluation applicables dans le système des Nations Unies, telles que les a fixées le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation.

4. L'administration du HCR a été invitée à présenter des observations sur le projet de rapport et ces observations ont été prises en considération lors de l'établissement de la version définitive du rapport. La réponse officielle du HCR figure dans l'annexe du présent rapport.

II. Considérations générales

Mandat

5. Le HCR a pour objectif premier d'assurer aux réfugiés et aux autres personnes relevant de sa compétence une protection internationale et de chercher, en coopération avec les États et d'autres organisations, des solutions permanentes à leur situation, notamment en leur fournissant une aide humanitaire. Les principaux instruments régissant les droits des réfugiés et le cadre juridique sous-tendant les travaux du HCR sont le Statut du Haut-Commissariat, la Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et son protocole de 1967, réunissant respectivement 146 et 147 États parties, et, le cas échéant, des instruments régionaux.

6. À la mi-2018, le nombre de réfugiés relevant du mandat du HCR était de 20,2 millions². Environ 69 % des réfugiés vivent en dehors des camps³.

Ressources

7. Le budget global (plan d'opérations) du HCR correspond au financement requis pour la pleine exécution des programmes visant à répondre aux besoins des populations relevant de la compétence du Haut-Commissariat, déterminés annuellement au moyen d'une évaluation complète des besoins. Au 30 juin 2018, le

² HCR, *Mid-year trends 2018*, 21 février 2019.

³ Voir HCR, *UNHCR diagnostic tool for alternatives to camps : 2017 global results*.

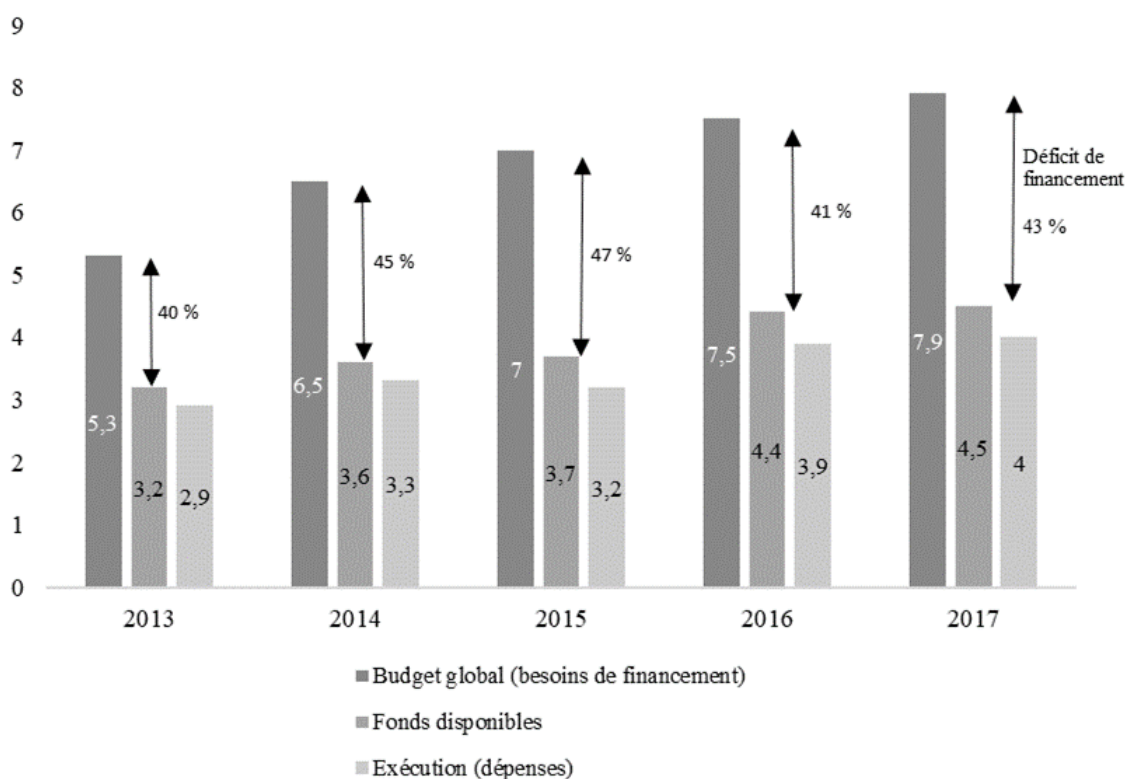
budget global pour 2018 était de 8,3 milliards de dollars (voir [A/AC.96/1180](#)). En 2018, les contributions au titre du budget ordinaire représentaient 0,5 % des besoins de financement du HCR, le reste provenant des contributions volontaires.

8. Il est habituel que les besoins de financement (plan d'opérations) ne soient que partiellement assurés. L'écart entre le plan d'opérations et les fonds disponibles était de 43 % en 2017. Le taux d'exécution au regard des fonds disponibles s'est maintenu à environ 90 % entre 2013 et 2017 (voir figure I).

Figure I

Budget global, fonds disponibles et dépenses, 2013-2017

(En milliards de dollars des États-Unis)



Source : [A/AC.96/1180](#).

Gouvernance

9. Le HCR est dirigé par le Haut-Commissaire, secondé par une Haut-Commissaire adjointe et deux Haut-Commissaires assistants, et est régi par l'Assemblée générale et le Conseil économique et social. Son Comité exécutif, composé de 101 États, se réunit chaque année pour approuver les programmes et les budgets.

10. Le HCR a son siège à Genève, où sont réunis son Bureau exécutif et ses huit divisions. Les cinq bureaux régionaux servent de passerelle entre les bureaux extérieurs et le siège. Le Haut-Commissariat est présent sur 478 sites dans 130 pays⁴.

⁴ HCR, *Rapport global 2017* (Genève, 2017).

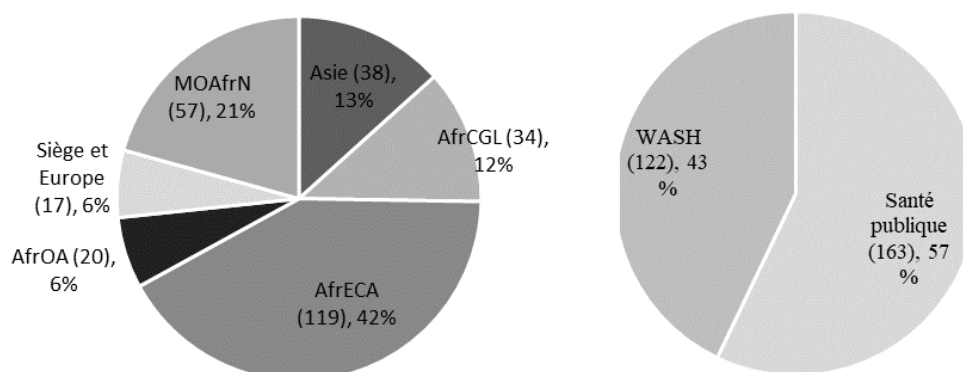
Les programmes de santé publique du Haut-Commissariat

11. En 2014, le HCR a lancé sa Stratégie globale pour la santé publique 2014-2018. L'objectif est de veiller à ce que tous les réfugiés soient en mesure de jouir de leurs droits en matière d'accès à quatre grands sous-secteurs de la santé publique : a) les soins de santé primaires et secondaires⁵ ; b) la prévention, la protection ainsi que les soins et les traitements en rapport avec le VIH, et les services de santé procréative ; c) la sécurité alimentaire et la nutrition ; d) les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène⁶.

12. La Stratégie globale pour la santé publique est mise en œuvre par les bureaux régionaux et les opérations sur le terrain, avec l'appui continu de la Section de la santé publique, dirigée par un chef et située au sein de la Division de l'appui et de la gestion des programmes. En 2018, 285 fonctionnaires appuyaient les programmes de santé publique dans le monde. Ils représentaient 2,5 % de l'ensemble du personnel du HCR, et comprenaient 10 fonctionnaires au sein de la Section de la santé publique au siège, neuf dans les bureaux régionaux et extérieurs, et 266 affectés à 36 opérations de pays (voir figure II).

Figure II

Personnel de santé publique du Haut-Commissariat, par région et sous-secteur (285 fonctionnaires)



Source : Liste du personnel du HCR reçue en octobre 2018.

Abréviations : ACGL, Afrique centrale et Grands Lacs ; AECA, Afrique de l'Est et Corne de l'Afrique ; AOA, Afrique de l'Ouest et australe ; SE, Siège et Europe ; MOAN, Moyen-Orient et Afrique du Nord ; WASH, eau, assainissement et hygiène.

13. Le montant total des besoins de financement (plan des opérations) au titre de la santé publique était de 898 millions de dollars en 2017. Les programmes de santé publique représentaient 21 % du total des dépenses annuelles du HCR en 2014, 19 % en 2015, 17 % en 2016 et 20 % en 2017. En 2017, un total de 62 opérations de pays

⁵ Ce sous-secteur est appelé « soins de santé vitaux et essentiels » dans la Stratégie globale pour la santé publique. Aux fins du présent rapport, l'expression « santé primaire et secondaire » est utilisée au lieu de « santé publique » en tant que sous-secteur, « santé publique » désignant l'ensemble des sous-secteurs concernés.

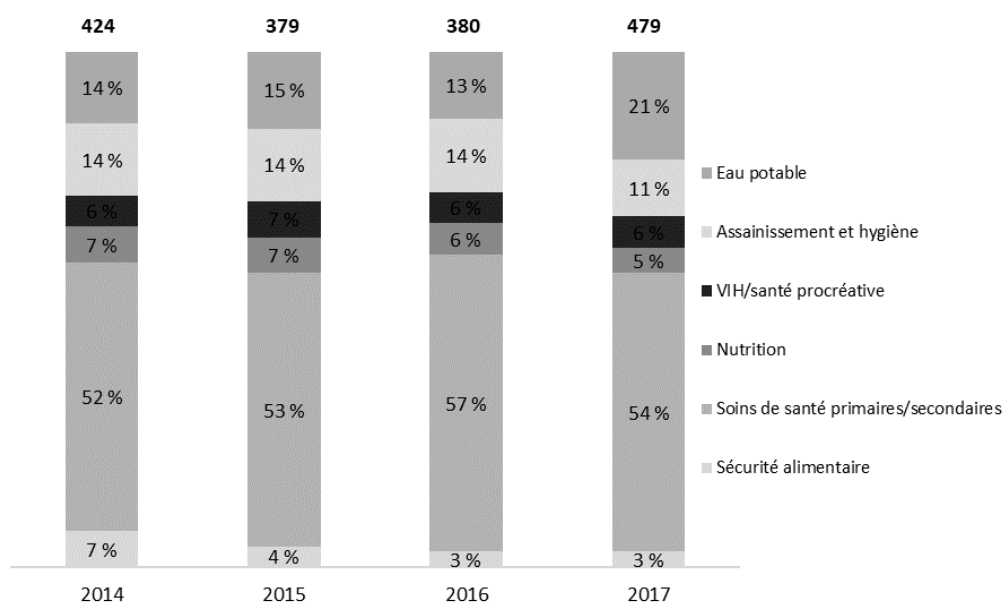
⁶ HCR, *Stratégie globale pour la santé publique : Santé publique – VIH et santé reproductive – sécurité alimentaire et nutrition – eau, assainissement et hygiène (WASH) : Une stratégie du HCR pour 2014-2018* (Genève, 2014).

disposaient d'un budget de santé publique. La figure III présente les dépenses par sous-secteur.

Figure III

Dépenses de santé publique relatives aux réfugiés et aux demandeurs d'asile, par sous-secteur, 2014-2017

(En millions de dollars des États-Unis)



Sources : Système Global Focus Insight et progiciel Managing Systems, Resources and People (MSRP) du HCR.

Note : Les chiffres ne reflètent pas la totalité du budget consacré à la sécurité alimentaire en conjonction avec les partenaires opérationnels. Certains coûts relatifs aux programmes nutritionnels relèvent des soins de santé primaires et secondaires.

14. Comme le montre le tableau 1, les activités relatives aux soins de santé primaires et secondaires sont celles qui ont été entreprises par le plus grand nombre d'opérations de pays, suivies par les activités consacrées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et celles portant sur le VIH et la santé procréative.

Tableau 1

Sous-secteurs visés par les opérations de pays en 2017

	Sous-secteur					
	Soins de santé primaires/secondaires	Eau	Assainissement et hygiène	VIH/santé procréative	Nutrition	Sécurité alimentaire
Nombre d'opérations de pays dotées d'un budget pour ce sous-secteur	62	35	34	31	27	26
Pourcentage de toutes les opérations de pays dotées d'un budget de santé publique	100	57	56	51	44	43

Source : Système Global Focus Insight du HCR, budget 2017 des priorités d'exécution des programmes pour les réfugiés.

Note : Les opérations de pays comprennent le bureau régional du HCR à Pretoria, qui a rendu compte des activités de pays menées en Afrique du Sud en 2017.

III. Méthodologie

15. L'évaluation a été réalisée selon une approche mixte utilisant notamment les sources de données suivantes :

- a) Entretiens : 87 entretiens semi-structurés avec 108 fonctionnaires et partenaires du HCR menés sur le terrain et au Siège ;
- b) Groupes de discussion : 14 réunions avec une participation totale de 142 membres (69 femmes et 73 hommes) de la communauté des réfugiés relevant de quatre opérations ;
- c) Enquêtes : une enquête en ligne adressée à tous les fonctionnaires du HCR travaillant dans le domaine de la santé publique ainsi qu'à un échantillon de fonctionnaires du HCR ne travaillant pas dans ce domaine (taux de réponse de 51 %, 192 répondants)⁷, et une enquête en ligne adressée à des partenaires dans les domaines de l'exécution et des opérations (taux de réponse de 26 %, 187 répondants) ;
- d) Études de cas : quatre études de cas de pays approfondies consistant à collecter des données sur place (Cameroun, Jordanie, Malaisie et Ouganda) et deux études de cas moins poussées consistant principalement à examiner des documents et à mener des entretiens limités (Tchad et Pakistan), les six opérations de pays concernées ayant toutes mis en œuvre des services de soins de santé primaires et secondaires ainsi que des activités relatives au VIH et à la santé procréative, quatre d'entre elles des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ainsi que de nutrition, et deux de sécurité alimentaire ;
- e) Observation directe : camps, zones d'installations, 11 établissements de soins de santé, cinq installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène, un atelier de formation du personnel et des réunions de coordination ;
- f) Examen de documents : stratégies nationales et régionales, politiques mondiales, rapports annuels sur la santé publique, rapports descriptifs du système Global Focus Insight et audits ;
- g) Analyse secondaire des données de suivi du HCR : système d'information sur la santé, enquêtes sur l'accès et le recours aux services de santé, système Global Focus Insight et progiciel MSRP du HCR.

16. L'évaluation a été confrontée aux quatre restrictions suivantes :

- a) L'absence d'un ensemble de donnée sur la santé publique qui soient comparables à l'échelle mondiale, en particulier l'absence de données sur les résultats de santé concernant les réfugiés en dehors des camps ;
- b) La petite taille et le faible taux de réponse de l'échantillon de personnel non affecté au domaine de la santé publique, de sorte que seules les réponses du personnel affecté à la santé publique ont été utilisées dans les résultats de l'évaluation ;
- c) Le caractère limité de la collecte de données sur place, qui fait obstacle aux conclusions généralisées, en particulier au vu de la vaste gamme des contextes opérationnels qui existent dans le monde et des interventions de santé publique qui s'y rapportent.

Pour compenser ces restrictions, la Division de l'inspection et de l'évaluation du BSCI a recouru à une combinaison d'éléments de portée mondiale provenant de

⁷ Les taux de réponse étaient de 62 % pour les fonctionnaires de la santé publique et de 12 % pour les autres.

l'examen de documents et de l'exploitation d'ensembles de données et d'enquêtes existantes, en les assortissant d'études de cas à titre illustratif.

17. La Division de l'Inspection et de l'évaluation du Bureau des services de contrôle interne tient à remercier le HCR, en particulier les personnes de contact dans sa Section de la santé publique, de la coopération qu'elle lui a accordée tout au long de l'évaluation.

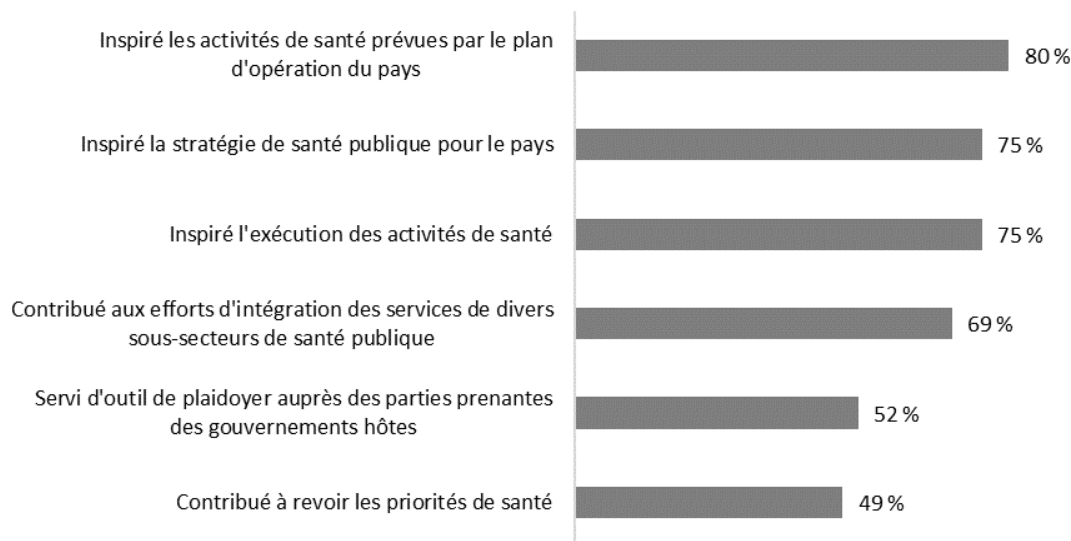
IV. Résultats de l'évaluation

A. La Stratégie globale pour la santé publique adoptée par le HCR pour la période 2014-2018 a doté la programmation de ses opérations dans ce domaine d'un solide cadre général, bien que l'inclusion et la planification à plus long terme aient continué de souffrir d'importantes lacunes

Le personnel affecté à la santé publique voyait dans la stratégie un guide utile, suffisamment souple pour s'adapter aux contextes opérationnels, mais qui présentait certaines lacunes et se prêtait moins à la programmation de l'intégration dans les systèmes nationaux de santé

18. Presque tous les fonctionnaires de santé publique qui ont participé à l'enquête (97 %) se sont déclarés « fortement » ou « assez fortement » convaincus que la Stratégie mondiale révélait une bonne compréhension des besoins de santé publique des réfugiés à l'échelle mondiale. Une grande majorité d'entre eux (82 %) ont également indiqué que leurs bureaux s'étaient référés à la stratégie pour orienter ou éclairer leur programmation en matière de santé. Parmi ces derniers, la plupart ont rapporté que la stratégie avait inspiré les activités de santé incluses dans les plans des opérations de pays, les stratégies de santé publique dans les pays et l'exécution des activités de santé. La moitié environ ont indiqué que la stratégie avait servi d'outil de plaidoyer auprès des parties prenantes des gouvernements hôtes ou qu'elle avait contribué à revoir les priorités de santé (voir fig. IV).

Figure IV
**Contributions de la Stratégie mondiale pour la santé publique 2014-2018
à la programmation en matière de santé publique aux niveaux national
et infranational (115 fonctionnaires)**



Source : Enquête du BSCI auprès du personnel de santé publique du HCR.

19. Le personnel de santé publique interrogé dans les pays qui ont fait l'objet des études de cas voyaient dans la stratégie un cadre utile pour les opérations de pays, et lui reconnaissaient la flexibilité voulue pour permettre les nécessaires adaptations locales. Les programmes de santé publique mis à exécution dans le cadre de ces opérations étaient largement orientés par les objectifs de la stratégie, tout en tenant compte des besoins et situations spécifiques des réfugiés concernés. Ils suivaient également l'orientation de la stratégie plus large propre au pays, lorsqu'il en existait une.

20. La Stratégie mondiale pour la santé publique n'en présentait pas moins d'importantes lacunes pour ce qui était d'orienter la programmation sanitaire vers l'intégration des réfugiés dans les systèmes nationaux. L'intégration faisait certes partie des objectifs de la stratégie, mais bon nombre des autres objectifs et indicateurs ne présentaient guère d'intérêt dans les situations où les réfugiés avaient accès aux services de soins de santé locaux, sans que n'existe la capacité de surveiller ceux-ci. Dans de nombreuses opérations, dont celles de tous les pays qui ont fait l'objet des études de cas, les institutions nationales de santé ne fournissent pas de données ventilées concernant les réfugiés. La stratégie ne précisait pas non plus le rôle que les programmes de santé publique du HCR seraient appelés à jouer, par rapport aux autres acteurs concernés, comme l'Organisation mondiale de la Santé et les organismes de développement, dans l'appui à fournir aux gouvernements hôtes qui s'efforcent de mettre en place des programmes d'intégration. Le modèle selon lequel des services essentiels sont assurés aux réfugiés par l'intermédiaire des systèmes nationaux moyennant une assistance internationale qui vise à renforcer ces systèmes à la fois pour le bénéfice des communautés d'accueil et des réfugiés est de plus en plus reconnu comme un élément essentiel de l'intervention en faveur des réfugiés, une tendance accélérée par l'adoption du cadre d'action global pour les réfugiés prévu par

la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants de 2016. À ce jour, le cadre a été mis en place dans 15 pays, dont l'Ouganda, où le personnel a relevé qu'il avait été un instrument primordial pour orienter les programmes de santé. D'autres opérations, telles celles du Cameroun et de Jordanie, ont également appuyé le renforcement des systèmes nationaux de santé dans le cadre de leurs programmes de santé, sans suivre en cela de cadre officiel ni de stratégie globale. Le personnel interrogé a par ailleurs indiqué que la santé mentale et les interventions en espèces au-delà de la sécurité alimentaire devraient se voir accorder une place plus grande dans la stratégie.

21. Les variations sensibles auxquelles sont sujettes la présence et l'exhaustivité des stratégies de santé publique officielles au niveau des pays et des régions attestent le défaut de systématisme de la planification stratégique au niveau des opérations. Sur les 62 opérations qui agissaient dans le domaine de la santé publique en 2017, 10 s'étaient dotées de stratégies nationales, auxquelles venaient s'ajouter les trois stratégies régionales visant 12 autres pays et l'Europe, ce qui représentait 36 % de la population totale des réfugiés. La mesure dans laquelle des orientations étaient fournies et les sous-secteurs traités était variable dans ces stratégies.

Les besoins étaient bien cernés au moyen d'évaluations participatives et multisectorielles ainsi que d'autres mécanismes et outils

22. Les opérations de pays du HCR évaluaient régulièrement les besoins de façon participative et multisectorielle. Parmi les répondants, 93 % des fonctionnaires de santé publique ont rapporté que leurs opérations avaient effectué des évaluations des besoins au cours des deux ou trois dernières années, et 88 % ont dit que les populations de réfugiés avaient été consultées dans le cadre de ces évaluations. Les fonctionnaires et les partenaires interrogés ont noté avec satisfaction l'utilité de ces évaluations et la prise en compte des parties prenantes concernées. L'examen des rapports d'évaluation a confirmé le recours au cadre du HCR relatif à l'âge, au genre et à la diversité. La mesure dont ces évaluations avaient pris en compte les besoins de santé publique des réfugiés hors camp variait toutefois d'une opération de pays à l'autre. Parmi les fonctionnaires qui ont rapporté que leur opération avait évalué les besoins, 56 % étaient d'avis que les résultats étaient intervenus dans une large mesure dans la programmation de santé publique de leur lieu d'affectation, et 42 % dans une certaine mesure.

23. Plus habituellement, les besoins de santé publique des réfugiés étaient suivis au moyen de rapports de partenaires et de réunions régulières avec des représentants de réfugiés, des partenaires et des fonctionnaires d'autres secteurs à l'intérieur comme à l'extérieur des camps. Au nombre des sources importantes d'informations sur les besoins, le personnel a cité les données des enquêtes standardisées élargies sur la nutrition ainsi que des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, mises à contribution respectivement par 26 et 12 opérations de pays.

24. Sept opérations de pays ont en outre mené des enquêtes sur l'accès et le recours aux services de santé pour compléter les informations relatives aux réfugiés hors camp. En Jordanie et en Malaisie, les résultats de telles enquêtes ont éclairé la programmation relative à la santé publique. Il est ainsi explicitement question de conclusions dégagées à ce titre dans la stratégie d'intervention humanitaire du secteur de la santé pour 2017-2018 en Jordanie. Dans les pays qui ont fait l'objet des études de cas, la mobilisation de la communauté des réfugiés, par l'entremise du groupe de protection local, a également contribué à l'évaluation des besoins des réfugiés hors camps. Les fonctionnaires interrogés ont estimé que les échanges réguliers avec les chefs de communautés de réfugiés étaient d'une importance toute particulière pour

recevoir des informations sur la situation des réfugiés et atteindre ceux qui se trouvaient en dehors des camps. Cette approche était toutefois largement tributaire de l'existence de structures au sein des communautés visées. En Malaisie, par exemple, où ces structures étaient rares, l'opération a peiné à interagir avec les réfugiés rohingya. Les partenaires et les fonctionnaires interrogés au Cameroun ont aussi mis en avant les problèmes rencontrés pour déterminer les besoins de populations qui sont dispersées sur de vastes zones rurales.

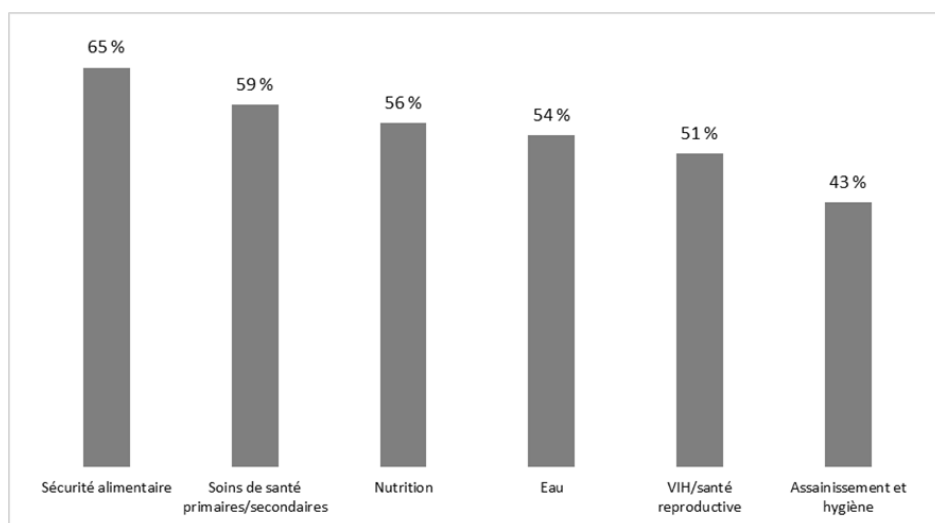
Le budget du Haut-Commissariat étant fondé sur l'évaluation des besoins, le déficit de financement qui résulte de l'écart entre les besoins de financement et les fonds disponibles a contraint les opérations de pays à adopter des critères propres pour hiérarchiser ou cibler leurs interventions de santé publique

25. Comme indiqué dans la section II ci-dessus, le HCR dresse annuellement un état complet de ses besoins de financement (plan d'opérations/*operations plan*) fondé sur une évaluation des besoins globaux. Un budget hiérarchisé (priorités d'exécution/*operating level*) est alors établi de façon progressive en fonction des fonds disponibles (voir [A/AC.96/1180](#)).

26. En 2017, le budget établi selon les priorités d'exécution des programmes de santé publique pour les réfugiés n'a atteint que 55 % des besoins globaux de financement établis dans ce domaine. Au niveau des sous-secteurs, la sécurité alimentaire s'est classée première en termes de besoins de financement satisfaits au début de l'année (65 %), suivie par les soins de santé primaires et secondaires (59 %) (voir figure V). L'assainissement et l'hygiène affichaient quant à eux le taux de financement le plus faible (43 %). Il reste que comme la sécurité alimentaire ne représentait que 2,4 % de l'enveloppe totale du plan d'opérations (voir figure VI), le budget prioritaire de la sécurité alimentaire est resté modeste par rapport à celui d'autres sous-secteurs.

Figure V

Budget hiérarchisé (priorités d'exécution) en pourcentage des besoins globaux de financement (plan d'opérations) des programmes de santé publique pour les réfugiés, par sous-secteur, 2017

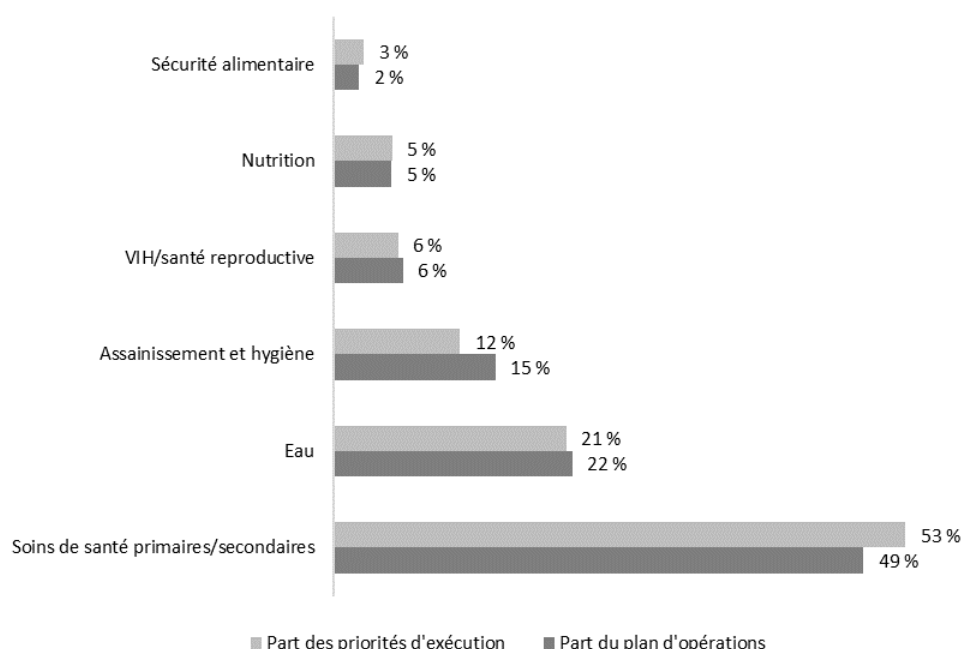


Source : Système Global Focus Insight du HCR, budgets 2017 des priorités d'exécution (*operating-level budget*) et du plan d'opérations (*operations plan budget*).

27. Comme le montre la figure VI ci-dessous, la part budgétaire des soins de santé primaires et secondaires est celle qui a connu la plus grande augmentation, passant de 49 % du budget global établi selon le plan d'opérations à 53 % du budget établi selon les priorités d'exécutions. La part de l'assainissement et de l'hygiène est celle qui a diminué le plus, passant de 15 % du budget global du plan d'opérations à 12 % seulement du budget des priorités d'exécution. Aux fins de l'affectation des fonds disponibles, le HCR peut donc avoir accordé la priorité aux soins de santé primaires et secondaires par rapport à d'autres sous-secteurs, en particulier à celui de l'assainissement et de l'hygiène, en fonction des besoins recensés. Les fonctionnaires interrogés ont également fait observer qu'au niveau opérationnel, les priorités de gestion influençaient le degré d'engagement dans chaque sous-secteur.

Figure VI

Ventilation des besoins globaux de financement (plan d'opérations) et du budget hiérarchisé (priorités d'exécution), par sous-secteur, 2017



Source : Système Global Focus Insight du HCR, budgets 2017 des priorités d'exécution (*operating-level budget*) et du plan d'opérations (*operations plan budget*).

28. Les importants déficits de financement et les fonds spécifiquement affectés par les donateurs ont contraint les opérations de pays à viser des sous-populations ou à hiérarchiser les interventions selon leurs propres critères. Au Cameroun, par exemple, où la part des besoins financés, qui de 72 % en 2014 a chuté à 53 % en 2017, l'opération est passée à une approche ciblée en limitant ses interventions de santé publique à cinq catégories de réfugiés : les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les situations d'urgence, les maladies chroniques et les personnes âgées. Dans les discussions de groupe, les réfugiés ont exprimé leur mécontentement généralisé face à cette façon de procéder. Certains fonctionnaires et partenaires ont noté que les facteurs socioéconomiques n'étaient pas pris en compte dans le ciblage. En Jordanie, où le budget hiérarchisé assurait 79 % des besoins globaux de financement, mais où le déficit de financement se chiffrait à près de 7,4 millions de dollars, les interventions en faveur des réfugiés syriens ont été soumises à un ordre

de priorité qui était fonction de la vulnérabilité de la personne, évaluée selon le cadre multisectoriel d'évaluation de la vulnérabilité déjà en place, et selon le caractère plus ou moins critique de l'intervention.

La planification au-delà des phases d'urgence était généralement insuffisante

29. Les études de cas font ressortir l'insuffisance des activités de planification en préparation des périodes de transition qui succèdent aux phases d'urgence, notamment en vue de la passation, à terme, de la responsabilité principale des services de santé publique fournis aux réfugiés et de l'appui apporté aux systèmes nationaux de santé. Souvent, une opération ne commençait à planifier la transition qu'après avoir subi des coupes budgétaires. Au Pakistan, la stratégie du HCR de se désengager lentement de la prestation de services de santé et de concentrer son action sur l'intégration dans le système national a été suscitée en grande partie par la réduction des dons et a pris appui sur le programme lancé par le Gouvernement en 2009 en faveur des zones touchées par la présence des réfugiés et des zones d'accueil des réfugiés (*Refugee Affected and Hosting Areas Programme*), et ce, après plus de 30 années d'existence d'un système de santé parallèle pour les villages de réfugiés⁸. L'abandon de la prestation directe en Malaisie était également mue par la réduction des financements. Un audit réalisé en 2016 par la Division de l'audit interne a révélé que deux opérations sur 12 seulement avaient calculé le coût des activités menées dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène aux fins de leur planification⁹. En Ouganda, certaines parties prenantes ont rapporté que la transition d'un système de transport de l'eau par camion, mobilisateur de ressources importantes, à un système d'approvisionnement par canalisation avait été retardée. Le cycle de financement annuel a été mentionné comme un obstacle à une planification à plus long terme, mais dont les effets étaient partiellement compensés par des dispositifs à plus long terme, comme le cadre d'action global pour les réfugiés. Le Cameroun a inauguré en 2018 une stratégie pluriannuelle et multipartenaires, mais qui ne concerne la santé que de façon limitée.

30. Il est ressorti des études de cas que l'état de préparation à la perte souvent inévitable de financements ou de partenaires une fois passée la phase d'urgence était insuffisante. En Jordanie, l'opération ne s'était pas dotée d'un plan d'urgence face au départ imminent du partenaire opérationnel en charge des programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les camps. En Ouganda, alors que les financements commençaient à décliner, les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène ont également été affectés par une série de départs de partenaires qui se produisaient parfois sans passation des responsabilités, comme confirmé lors de l'observation d'une réunion de coordination tenue à l'échelon d'un camp. En outre, alors que la Banque mondiale s'était employée à renforcer les systèmes de santé publique au Cameroun, en Jordanie et en Ouganda, et que la programmation sanitaire du HCR s'était réorientée vers un appui à l'intégration dans les deux derniers pays, il n'y avait guère d'indications d'une planification générale visant à mobiliser les partenaires de développement en faveur d'une transition échelonnée dans le même sens à l'échelle mondiale.

⁸ HCR, *Refugee Health Strategy 2014-2018: Pakistan*.

⁹ BSCI, Division de l'audit interne, *Rapport 2016/027: Audit des programmes du HCR dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène*, 28 mars 2016.

B. Si la plupart des parties prenantes ont jugé efficaces les interventions de santé publique du HCR, les résultats effectifs dans ce domaine se sont avérés plus mitigés, les réfugiés se heurtant à des obstacles critiques pour accéder aux systèmes nationaux de santé

Les résultats en matière de santé publique variaient sensiblement selon les opérations, les sous-secteurs et les groupes de population, les réussites étant plus nombreuses dans le domaine des soins de santé primaires

31. Les résultats du HCR dans le domaine de la santé publique ont, dans une large mesure, été jugés favorablement par les parties prenantes, 92 % des partenaires et 90 % des fonctionnaires participant à l'enquête ayant déclaré qu'ils estimaient que la situation sanitaire des réfugiés s'était sensiblement ou quelque peu améliorée au cours de la période considérée. Dans trois études de cas, le personnel et les partenaires interrogés ont dit que les réfugiés en milieu non urbain recevaient des soins de santé de meilleure qualité que les ressortissants du pays d'accueil ; des représentants des autorités camerounaises et ougandaises ont fait l'éloge des interventions sanitaires d'urgence du HCR. Toutefois, la plupart des réfugiés qui ont pris part à des discussions de groupe dans le cadre des quatre études de cas de pays ont exprimé leur mécontentement quant à la qualité et à la disponibilité des soins de santé reçus dans les villes comme dans les camps, à savoir que la réduction des ressources entraînait une réduction des soins, que les services spécialisés faisaient défaut, qu'il y avait une pénurie de médicaments et de nourriture, et que certains membres du personnel les stigmatisaient.

32. Les meilleurs résultats étaient obtenus par les soins de santé primaires, plus gros poste des dépenses de santé publique du HCR (voir tableau 2). Les soins de santé primaires ont été jugés bons ou excellents par 88 % des fonctionnaires (voir figure VII) ; le personnel et les partenaires les considéraient comme le sous-secteur le plus en phase avec les besoins des réfugiés (voir figure VIII). Les études de cas ont fourni plusieurs illustrations de réussites en matière de soins de santé primaires. Au Cameroun, le taux d'utilisation des établissements de soins de santé est passé de 0,34 en 2013 à 1,04 en 2015, selon les données du système d'information sanitaire. Il y a également eu une intensification des travaux de construction et de remise en état de plusieurs établissements de soins de santé. En Ouganda, le taux de mortalité a été réduit, les répondants fonctionnaires et partenaires jugeant favorablement les résultats obtenus. Une analyse des données du système d'information sanitaire réunissant les camps de 18 opérations a montré que le taux de mortalité brut y avait été de 0,25 en 2017, soit considérablement moins que le taux de 8,2 des ressortissants du pays d'accueil dans le même échantillon¹⁰. En 2017, le HCR et ses partenaires ont contribué avec succès à la gestion de multiples poussées de maladies, dont le choléra, le paludisme, la rougeole et la typhoïde, parmi les réfugiés dans plusieurs pays africains et au Bangladesh¹¹.

¹⁰ Banque mondiale, « Taux de mortalité, brut (pour 1 000 personnes) », *Les données ouvertes de la Banque mondiale*, données de 2016.

¹¹ HCR, *UNHCR public health : 2017 annual global review*, 2018.

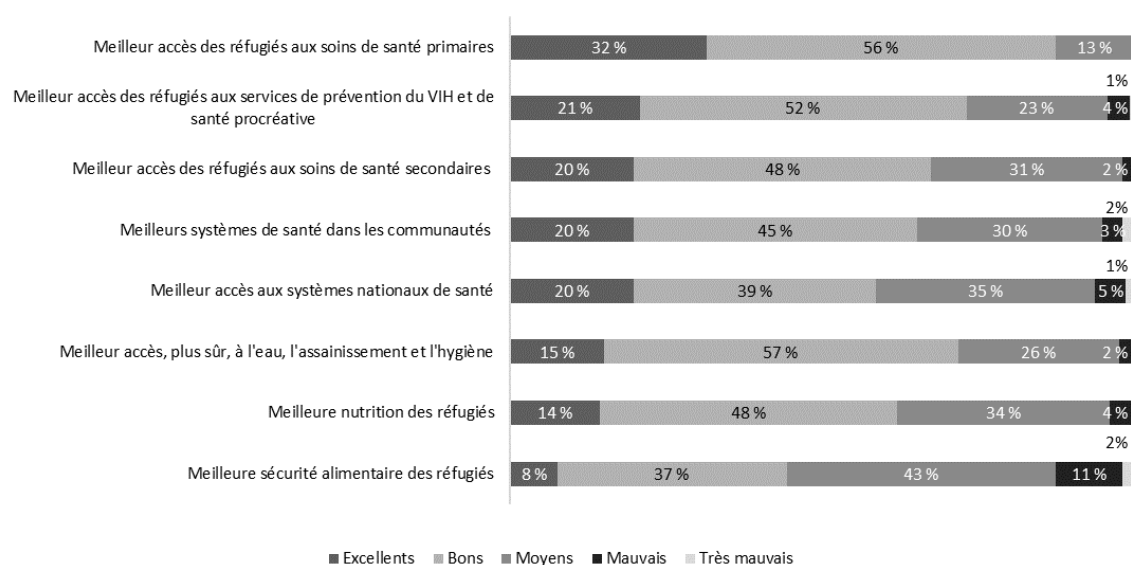
Tableau 2
Composition des dépenses de santé publique encourues au titre des réfugiés et des demandeurs d'asile

(En pourcentage)

Sous-secteur	2014	2015	2016	2017
Soins de santé primaires et secondaires	52	53	57	54
Approvisionnement en eau	14	15	13	21
Assainissement et hygiène	14	14	14	11
Nutrition	7	7	6	5
VIH/santé procréative	6	7	6	6
Sécurité alimentaire	7	4	3	3

Sources : Système Global Focus Insight et progiciel MSRP du HCR.

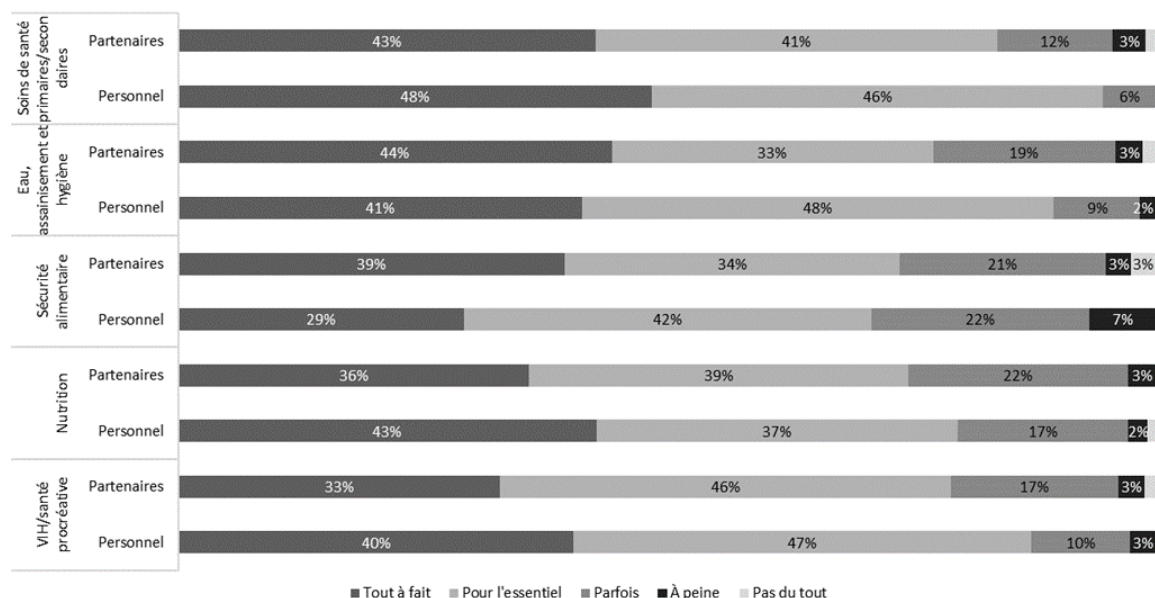
Figure VII
Opinion du personnel du HCR sur les résultats obtenus par le Haut-Commissariat en matière de santé publique, 2014-2018 (157 fonctionnaires)



Source : Enquête du BSCI auprès du personnel du santé publique du HCR.

Figure VIII

Opinion des partenaires et du personnel sur la mesure dans laquelle les activités de santé publique répondaient aux besoins des réfugiés (126 fonctionnaires, 102 partenaires)



Source : Enquête du BSCI auprès du personnel et des partenaires de santé publique du HCR.

33. À l'analyse, les indicateurs de santé des 18 pays concernés par le système d'information sanitaire dressaient un tableau plus mitigé des résultats en matière de soins de santé primaires. Le taux de mortalité des moins de 5 ans s'est amélioré dans 11 de ces pays et aggravé dans les sept autres, mais la moyenne globale de l'échantillon s'est détériorée, passant de 0.48 à 0.58 entre 2014 et 2018¹². En ce qui concerne la santé procréative, 14 des 18 pays ont enregistré une augmentation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. En ce qui concerne la morbidité des moins de 5 ans, le HCR a su gérer plusieurs pics au cours de la période considérée, tels que les flambées de paludisme en Éthiopie en 2016 et de diarrhée aqueuse au Cameroun en 2015, mais s'est avéré moins efficace pour enrayer l'augmentation constante que connaît la morbidité des moins de 5 ans depuis 2016, en raison notamment des infections des voies respiratoires inférieures au Bangladesh ou du paludisme en République du Congo. Il n'a pas été obtenu de données sur la santé des réfugiés hors camps.

34. Les soins de santé secondaires, souvent prodigués par des établissements nationaux, et l'orientation des patients dans plusieurs opérations de pays ont été qualifiés de problématiques par de nombreuses parties prenantes interrogées. Le coût d'un aiguillage vers un traitement plus spécialisé, les distances à parcourir et les moyens de transport à utiliser pour se rendre dans les hôpitaux de référence, ainsi que le déficit des ressources par rapport aux besoins, constituaient les principales difficultés rencontrées, et ce, en dépit du fait que les systèmes d'orientation de 86 % des pays rattachés au système d'information sanitaire étaient régis par des procédures

¹² Les comparaisons peuvent être affectées par les contextes changeants et l'amélioration des informations sur la mortalité.

opérationnelles permanentes en 2017¹³. Les soins de santé secondaires étaient également le domaine d'intervention le moins bien noté par le personnel interrogé, ses résultats étant qualifiés de bon ou d'excellents dans 44 % des cas.

35. La sécurité alimentaire des réfugiés fait l'objet d'une action menée en conjonction avec le Programme alimentaire mondial (PAM), conformément à un mémorandum d'accord mondial de 2011 selon lequel le PAM se charge de fournir l'assistance alimentaire et les deux organismes mènent conjointement les activités d'évaluation, de suivi et d'analyse. Partenaires comme fonctionnaires ont désigné la sécurité alimentaire comme étant le sous-secteur le moins en phase avec les besoins des réfugiés, ce qui est indicatif d'un financement en baisse et d'une concentration des ressources au bénéfice d'un nombre limité d'opérations. Les lacunes qui en ont résulté ont également été attestées par le grand nombre de plaintes exprimées par les réfugiés dans le cadre des discussions de groupe.

36. En 2017, la prévalence de la malnutrition aiguë globale a régressé sur huit des 36 sites¹⁴ qui, à Djibouti, en Éthiopie, en Mauritanie et au Soudan du Sud, avaient connu une forte prévalence de la malnutrition avant 2017. La prévalence du retard de croissance s'est également réduite dans 14 % des 36 sites. L'analyse secondaire des données du HCR a fait ressortir que 37 % des indicateurs nutritionnels de 22 pays s'étaient établis au-dessus ou près de la norme minimale entre 2014 et 2017 (voir figure IX).

37. La mise en œuvre des activités relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène a produit des résultats inégaux. En 2017, alors que 100 % des sites dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord ainsi qu'en Asie répondaient aux normes formulées en litres par personne et par jour, cette proportion n'était que de 58 % en Afrique. En ce qui concerne la construction de latrines, 100 % des sites de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord répondaient aux normes en 2017, par rapport à 92 % en Asie et 78 % en Afrique¹⁵. Les visites sur le terrain ont mis en évidence certaines conséquences non intentionnelles de la planification et de la mise en œuvre des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, comme les latrines collectives vandalisées en Jordanie, ainsi que le manque d'espace et la saturation des fosses à déchets au Cameroun.

38. L'analyse de 13 indicateurs¹⁶ dans les rapports annuels du HCR sur la santé publique¹⁷ a permis de constater que le sous-secteur des soins de santé primaires était celui qui obtenait les meilleurs résultats par rapport aux normes minimales, et que celui de la santé procréative était celui qui obtenait les moins bons résultats à cet égard (voir figure IX), les données concernant la nutrition faisant par ailleurs cruellement défaut. Comme il ressort de la figure X, les pourcentages d'indicateurs satisfaisant et n'atteignant pas les normes minimales ont décliné entre 2014 et 2017.

¹³ Rapports annuels du HCR sur la santé publique.

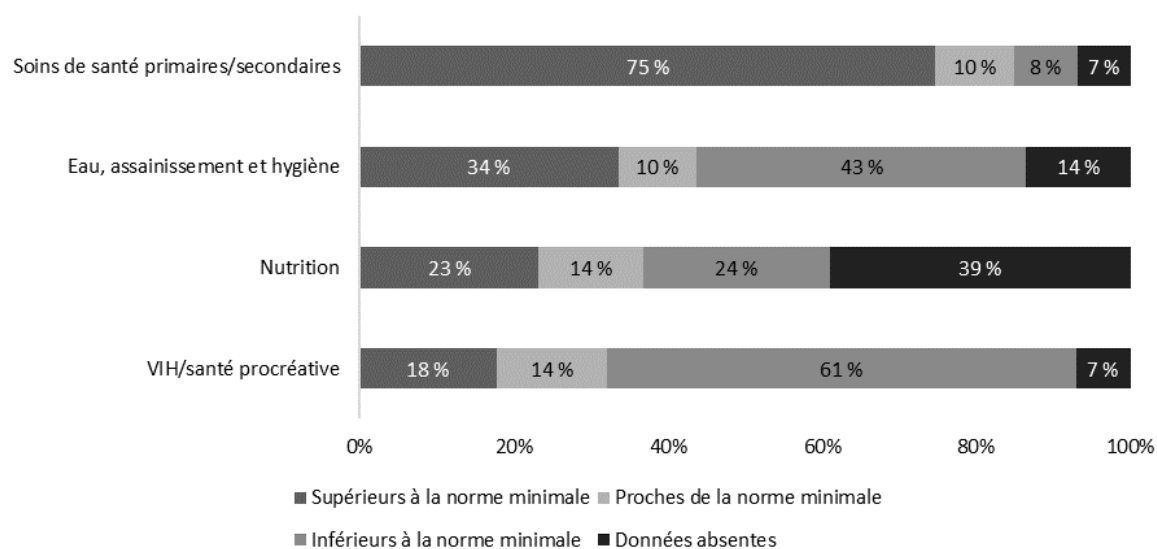
¹⁴ HCR, base de données des enquêtes standardisées élargies sur la nutrition, 2015-2017.

¹⁵ Rapports annuels du HCR sur la santé publique.

¹⁶ Taux de mortalité brut, taux de mortalité des moins de 5 ans, taux d'utilisation des services de santé, couverture des soins prénatals, naissances assistées par du personnel qualifié, couverture des soins postnatals, taux de prévalence de la contraception, prévention de la transmission mère-enfant, malnutrition aiguë globale, retard de croissance, nombre moyen de litres d'eau par personne et par jour, et nombre de personnes par latrines collectives.

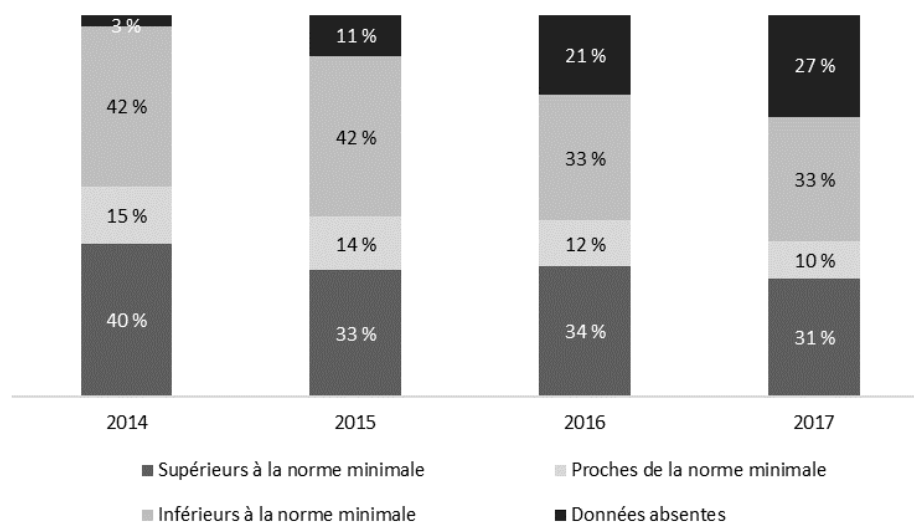
¹⁷ Dans le cas des 22 pays pour lesquels il existait des données.

Figure IX
Pourcentage de normes minimales de santé publique satisfaites, par sous-secteur, 2014-2017, 22 pays



Source : Rapports annuels du HCR sur la santé publique, échantillon de 13 indicateurs.

Figure X
Comparaison entre indicateurs de santé publique et normes minimales, par année, 2014-2017, 22 pays



Source : Rapports annuels du HCR sur la santé publique, échantillon de 13 indicateurs.

39. Les résultats du HCR varient également selon les différents groupes de population auxquels appartiennent les réfugiés. Alors que 73 % des fonctionnaires considéraient que les besoins des enfants étaient en grande partie ou entièrement satisfaits, ils n'étaient que 33 % à être de cet avis dans le cas des personnes handicapées ou des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et personnes queers. Les

personnes interrogées et les personnes qui ont pris part aux groupes de discussion ont également relevé des lacunes dans la détermination des besoins des personnes handicapées et dans la mise en place de programmes en leur faveur. Dans les études de cas, des disparités ont aussi été constatées dans la prestation de soins de santé aux réfugiés en Jordanie, selon qu'ils étaient syriens ou non, en raison des politiques gouvernementales et de l'affectation des fonds par les donateurs, de même qu'aux réfugiés centrafricains au Cameroun, en raison du traitement réservé à certains groupes vulnérables.

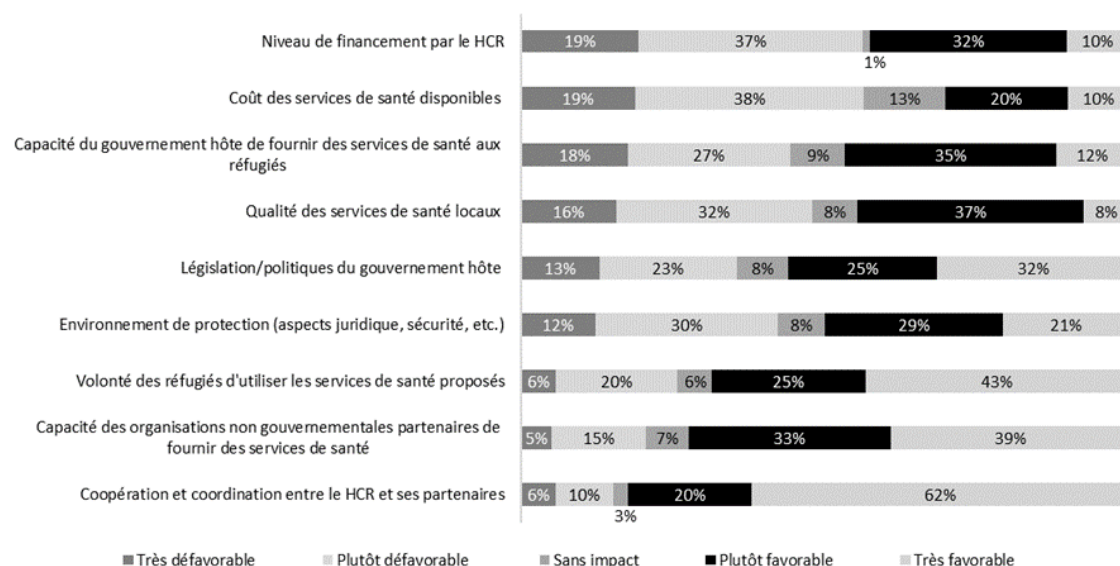
40. Diverses sources ont mentionné les disparités qui existaient entre les situations qui existaient à l'extérieur et à l'intérieur des camps. Alors que 79 % des fonctionnaires interrogés estimaient que les besoins à l'intérieur des camps étaient entièrement ou en grande partie satisfaits, ils n'étaient que 33 % à penser de même des situations hors camps. Selon l'enquête sur l'accès et le recours aux soins de santé, les réfugiés hors camps se heurtaient à des obstacles lorsqu'il s'agissait de se faire soigner. En Iraq et en Égypte, respectivement 50 % et 42 % des réfugiés savaient qu'ils avaient le droit de bénéficier de soins de santé gratuits ou subventionnés. En Malaisie, 39 % des femmes avaient fait face à des difficultés d'accès aux services de soins prénatals, mais toutes aient eu au moins une consultation à ce titre en 2016. Au Cameroun, la nutrition des enfants urbains sous-alimentés détectés par des activités communautaires n'était pas prise en charge par les services du HCR. Au Tchad, les réfugiés hors camp recouraient à des installations publiques dotées de personnels et d'équipements insuffisants.

Plusieurs facteurs internes et externes ont contribué aux résultats en demi-teinte des interventions du Haut-Commissariat en matière de santé publique

41. Les partenaires et le personnel ont cité la coopération et la coordination entre le HCR et ses partenaires, ainsi que la capacité des partenaires de fournir des services de santé, comme étant les principaux facteurs favorables à la réussite de l'action du Haut-Commissariat (voir figure XI). L'appui de l'équipe dirigeante à la programmation et aux activités de plaidoyer a été qualifiée de facteur de réussite dans deux opérations visitées. Pour les parties prenantes interrogées et les fonctionnaires qui ont répondu à l'enquête, la plus grande difficulté tenait à l'insuffisance des ressources. Le manque de ressources a eu une incidence sur la prestation de services dans tous les pays qui ont fait l'objet d'une étude de cas. Le matériel, les fournitures, le niveau des effectifs et les conditions de vie du personnel avaient été affectés, comme observé au Cameroun, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie¹⁸, ce qui avait entraîné de lourdes charges de travail et un taux élevé de rotation pour le personnel des partenaires. Les parties prenantes de deux pays et les partenaires qui ont pris part à l'enquête ont exprimé de vives préoccupations face aux pénuries de médicaments et aux retards dans les achats internationaux.

¹⁸ Le République-Unie de Tanzanie a été observée par la Division de l'audit interne du BSCI.

Figure XI
Opinion du personnel du Haut-Commissariat sur les facteurs défavorables et favorables (159 fonctionnaires)

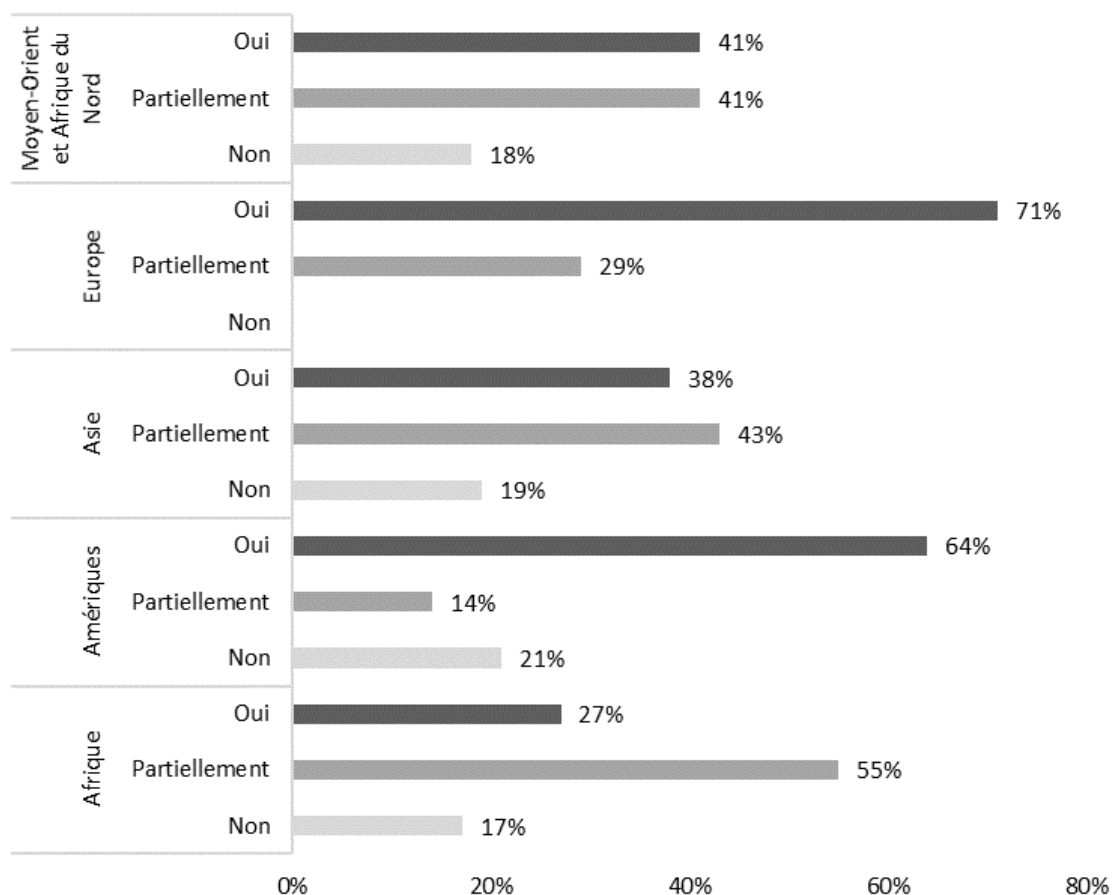


Source : Enquête du BSCI auprès du personnel de santé publique du HCR.

Dans l'ensemble, les réfugiés avaient accès aux systèmes nationaux de santé, mais se heurtaient encore à des obstacles critiques

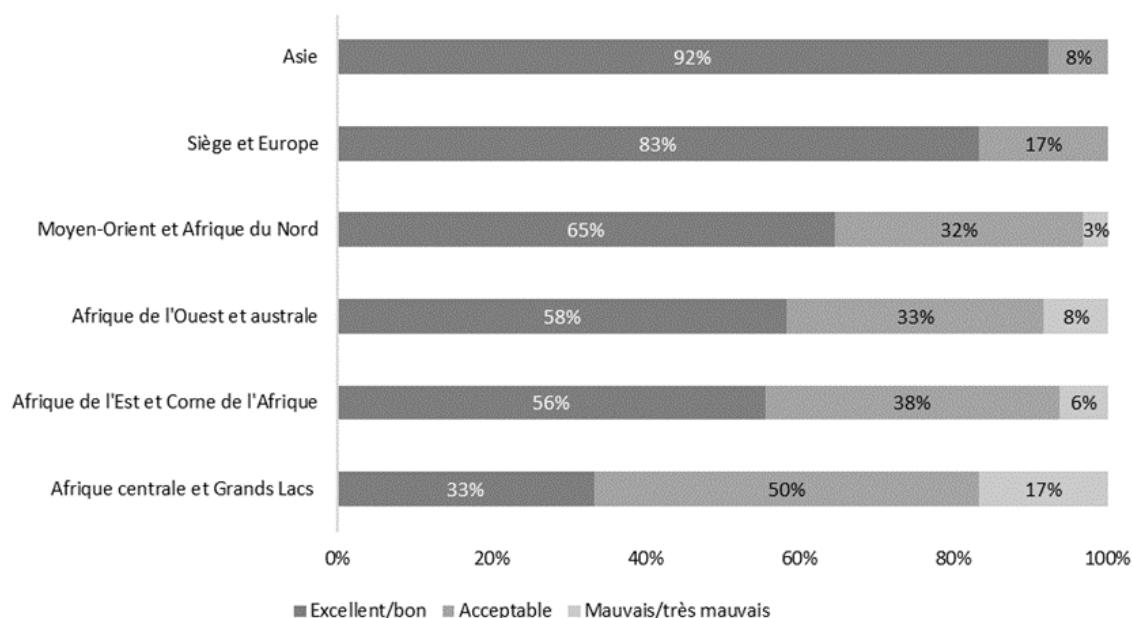
42. Selon l'« Outil de diagnostic du HCR pour les alternatives aux camps », les réfugiés avaient le droit d'accéder aux systèmes nationaux de santé dans 94 % des pays considérés, mais il subsistait des obstacles à cet accès. Un exercice mené en interne en 2017, portant sur 79 pays, a établi différents degrés d'intégration selon les régions (voir figure XII). Le HCR a employé différentes méthodes pour réduire les obstacles à l'accès. Au Cameroun, il a signé un accord avec le Ministère de la santé par lequel la responsabilité qui incombait au Gouvernement d'autoriser l'accès des réfugiés aux établissements nationaux a été officiellement reconnue, et une réduction de 30 % sur les frais médicaux accordée aux réfugiés. En 2018, le HCR a réussi à négocier avec le Ministère malaisien de la santé, en faveur des demandeurs d'asile, une réduction de 50 % sur les tarifs médicaux applicables aux étrangers dans les établissements publics de soins de santé. En Ouganda, une collaboration étroite avec les autorités nationales et de district, ainsi qu'avec le cadre d'action global pour les réfugiés, a assuré au réfugiés l'accès sur un pied d'égalité au système national, de même que l'inclusion des communautés d'accueil dans les établissements des zones d'installation des réfugiés. En Jordanie, un avantageux programme d'assistance en espèces à l'accès aux services de santé essentiels a été créé en réponse à l'évolution de la politique gouvernementale en matière de couverture en 2015. Au Pakistan, les réfugiés jouissaient d'un accès égal aux systèmes nationaux de santé. Le HCR y a mis en place une stratégie de transition, par souci de durabilité, qui met l'accent sur la santé maternelle et infantile. Globalement, 59 % du personnel de santé publique du HCR jugeait favorablement l'amélioration de l'accès aux systèmes nationaux de santé (voir figure XIII).

Figure XII
Opérations dans le cadre desquelles les réfugiés sont intégrés dans les systèmes nationaux de soins de santé



Source : HCR, UNHCR diagnostic tool for alternatives to camps : 2017 global results.

Figure VIII
**Opinion du personnel du Haut-Commissariat sur l'amélioration de l'accès
 aux systèmes nationaux de santé, 2014-2018 (152 fonctionnaires)**



Source : Enquête du BSCI auprès du personnel de santé publique du HCR.

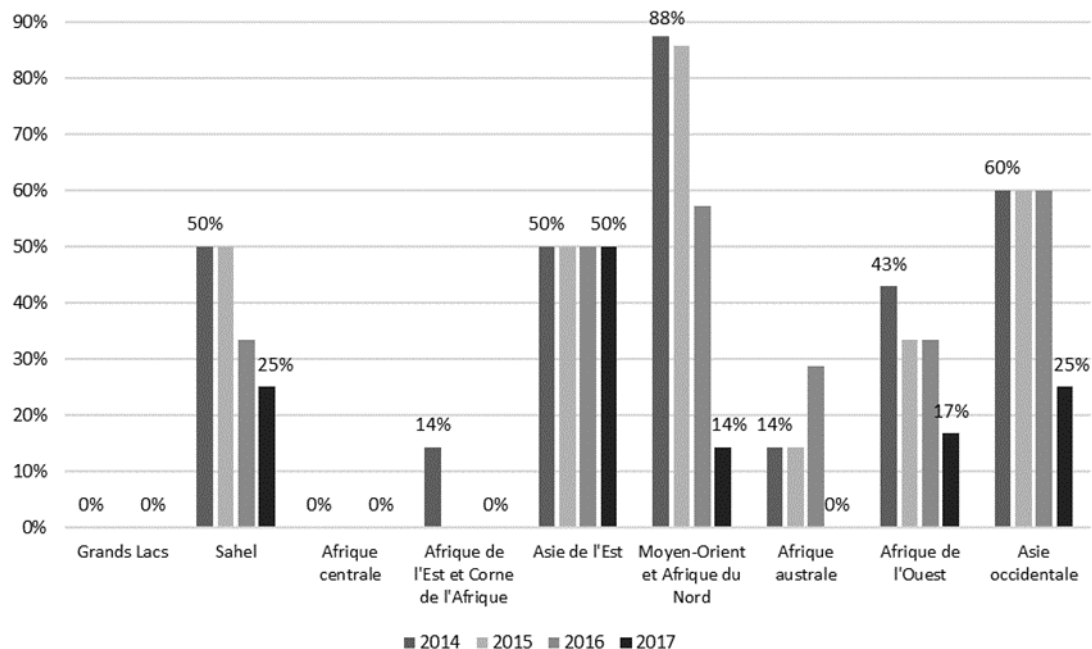
43. Le HCR a continué de faire face à des restrictions externes à l'inclusion, tenant principalement aux politiques des gouvernements hôtes, à l'état des systèmes nationaux de santé et au coût des services nationaux de soins de santé disponibles dans les opérations de pays. Dans l'enquête réalisée auprès des fonctionnaires, la législation et les politiques des gouvernements hôtes ont été considérées comme un facteur défavorable par 61 % du personnel de santé publique dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, mais comme un facteur favorable par 83 % du personnel en Afrique de l'Ouest. En Malaisie, les parties prenantes ont cité les conditions de protection difficile et l'absence de documents légaux comme étant les principaux obstacles à l'accès¹⁹. En Jordanie, les personnes interrogées ont indiqué que, du fait de la fin en 2018 des subventions gouvernementales destinées aux soins de santé des réfugiés, le HCR avait dû adapter ses critères d'admissibilité. L'intégration dans des systèmes nationaux faibles, comme dans le cas du Tchad²⁰, présentait un dilemme supplémentaire, à savoir que des compromis devaient être faits quant à la qualité des services résultant des politiques d'inclusion, à moins qu'un appui important ne soit fourni au système national dans les zones d'accueil de réfugiés. Les réfugiés eux-mêmes ont mentionné la présence des mêmes obstacles à travers différents pays, à savoir l'incapacité de s'acquitter des frais médicaux dès lors qu'on n'a pas le droit de travailler, l'éloignement des établissements de soins de santé et la stigmatisation d'ordre culturel. La figure XIV montre l'impact de certains de ces obstacles à l'accès aux soins de santé procréative.

¹⁹ Pour en savoir plus, voir Fiona Leh Hoon Chuah *et al.*, « *The Health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study* », *International Journal for Equity in Health*, vol. 17, n° 120 (2018).

²⁰ Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, *Tchad : aperçu des besoins humanitaires (août 2018)*, 9 août 2018.

Figure XIV

Proportion des pays, par région, indiquant que l'accès des réfugiés aux services de santé maternelle et infantile est assuré sur un pied d'égalité avec les ressortissants du pays d'accueil, 2014-2017



Source : Rapports annuels du HCR sur la santé publique.

44. Pour faire face à l'obstacle constitué par le coût des soins de santé, le HCR a mis en place des régimes d'assurance maladie pour les réfugiés dans 14 pays, assortis de formules pluriannuelles dans 10 de ces pays. Bien qu'il ressorte de plusieurs études sur l'assurance maladie communautaire dans les pays à faible revenu que ce régime avait eu un effet positif²¹, les parties prenantes dans les pays ayant fait l'objet des études de cas ont fait état des difficultés rencontrées par les réfugiés pour passer de la gratuité au paiement de primes. En Malaisie, un régime d'assurance a perdu sa viabilité financière faute de promotion et de période de stage après l'inscription, les réfugiés s'inscrivant juste avant l'arrivée prévue de factures²². En décembre 2018, le HCR et l'Organisation internationale du Travail ont revu conjointement la note d'orientation sur les régimes d'assurance maladie pour les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR, en s'appuyant pour ce faire sur les enseignements tirés des 10 dernières années d'expérience.

²¹ Paul Spiegel, Rebecca Chanis et Antonio Trujillo, « *Innovative health financing for refugees* », *BMC Medicine*, vol. 16, n° 90 (2018).

²² En 2017 et 2018, la valeur des remboursements de frais médicaux avait dépassé celle des primes prélevées.

C. Les partenariats et la coordination ont joué un rôle central dans l'efficacité et l'efficience de l'exécution et ont parfois été mis à profit pour combler des lacunes et surmonter des obstacles

La gestion et le suivi des partenaires d'exécution étaient satisfaisants dans l'ensemble, mais les retards pris dans la signature des accords et les capacités variables des partenaires ont posé des difficultés

45. Le HCR a fourni des services de santé publique par l'intermédiaire de ses partenaires d'exécution, auxquels il assure un financement. Les relations avec les partenaires d'exécution sont régies par le Cadre renforcé d'exécution avec les partenaires, qui précise les modalités du processus de sélection, de la signature d'accords annuels de partenariat et du suivi de l'exécution. Dans l'ensemble, les parties prenantes ont jugé que la gestion et le suivi par le HCR de ses partenaires d'exécution dans le domaine de la santé étaient satisfaisants. Au total, 77 % des partenaires d'exécution interrogés sur la qualité de leur partenariat avec le HCR ont estimé qu'elle était bonne ou excellente, et les partenaires interrogés sur le terrain, comme au Cameroun ou en Ouganda, ont jugé que leur collaboration avec le HCR était très satisfaisante. La majorité des partenaires et du personnel était d'avis que les dispositifs de communication d'informations permettaient au HCR de collecter des données de grande qualité au sujet des opérations des partenaires d'exécution (84 % et 90 %, respectivement).

46. Cependant, l'examen de 24 rapports d'audit établis en 2017 et 2018 au sujet de la gestion d'ensemble des partenaires a mis au jour des lacunes en matière de contrôle de l'exécution dans 67 % des opérations. Plusieurs des partenaires interrogés ont déploré les retards pris dans la signature des accords de partenariat, qui étaient préjudiciables à l'exécution des projets. De tels retards ont été constatés dans 42 % des opérations auditées en 2017 et 2018, et 27 % des partenaires interrogés ont indiqué que la durée du processus de sélection et de prise de fonctions des partenaires nuisait à la prestation des services. En Ouganda, la participation du Gouvernement au processus de sélection des partenaires d'exécution a compromis ce processus, même si des mesures correctives ont été prises par la suite²³.

47. Les enquêtes menées auprès des partenaires et du personnel et les visites sur le terrain ont montré que les capacités et la disponibilité variaient d'un partenaire à l'autre. En plus des contraintes liées aux effectifs et au matériel soulignées dans le cadre du résultat B, des insuffisances en matière de capacité organisationnelle ont été constatées en Jordanie et en Malaisie, et ce en dépit des activités de formation menées par le HCR. Au total, 35 % des partenaires d'exécution interrogés n'étaient que peu ou pas satisfaits des possibilités de formation offertes par le HCR, et les problèmes de capacités étaient aggravés par le taux élevé de renouvellement du personnel et par la diminution du nombre d'organisations disponibles après les phases d'urgence. La disponibilité des organisations non gouvernementales internationales dépendait parfois de la législation du pays hôte.

48. Des études de cas ont montré qu'il avait parfois fallu trouver un équilibre entre la réduction du nombre de partenaires et la diversification des partenaires. Dans trois opérations, la réduction du nombre de partenaires avait facilité la gestion des projets et permis de confier aux partenaires de plus grandes responsabilités dans la prestation de services, en application des orientations formulées dans la stratégie globale de santé publique, tandis que dans une quatrième opération, la diversification avait atténué les risques associés au fait de ne disposer que d'un seul partenaire et avait

²³ BSCI, Division de l'audit interne, rapport [2018/097](#) (audit des opérations menées en Ouganda pour le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés), 17 octobre 2018.

permis au HCR de coopérer avec des partenaires dotés de capacités plus spécialisées. Toutes les études de cas ont montré que le HCR s'était employé à travailler avec des partenaires au niveau local et national de manière à améliorer la viabilité des projets, conformément au Grand Bargain (pacte relatif au financement de l'action humanitaire) de 2016.

Des études de cas ont révélé des lacunes dans la coordination avec les organismes des Nations Unies

49. Les partenariats opérationnels du HCR, notamment ceux qui avaient été conclus avec des organismes des Nations Unies, se sont heurtés à des difficultés qui étaient partiellement dues à des divergences de mandats et de méthodes. Si la majorité du personnel et des partenaires (91 % et 83 %, respectivement) estimait que la répartition des rôles et des responsabilités entre le HCR et ses partenaires extérieurs au système des Nations Unies était claire et bien définie, cet avis était légèrement moins partagé (par 86 % du personnel et 80 % des partenaires) pour ce qui est des partenariats avec les organismes des Nations Unies. Le HCR a signé un mémorandum d'accord global avec l'Organisation mondiale de la Santé, qui a un rôle plus normatif et qui, au niveau national, est l'interlocuteur principal du Ministère de la santé, mais les études de cas n'ont fait apparaître que peu d'exemples de campagnes communes de sensibilisation ou de situations dans lesquelles les responsabilités respectives des deux entités en matière de renforcement des systèmes de prestations médicales étaient clairement définies. Les personnes interrogées dans les lieux d'affectation hors Siège ont indiqué avoir constaté des difficultés dans la coordination entre le HCR et le Programme alimentaire mondial, qui ont également signé un mémorandum d'accord global et qui mènent des activités conjointes d'évaluation, de suivi et de planification. Les relations entre les deux entités étaient plus ou moins bonnes selon les pays et étaient très détériorées dans une étude de cas, ce qui entravait la capacité des deux entités de fournir une aide alimentaire suffisante pour répondre aux besoins.

50. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) œuvre, dans le monde entier, en faveur de la nutrition, de la santé scolaire et de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène des enfants âgés de moins de 5 ans, mais son action a pris des formes considérablement différentes en fonction des opérations menées, empêchant ainsi la mise en œuvre d'une action ou de stratégies systématiques. En Jordanie, il a mis en place un programme relatif à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, dont le HCR assure un suivi. Si les partenariats opérationnels ont apporté des capacités et des ressources supplémentaires, diverses approches, structures de gouvernance et relations avec les donateurs ont également posé des problèmes au HCR, compte tenu de son rôle de « prestataire de dernier recours ». Les partenaires et le personnel interrogés ont déclaré que la concurrence en matière de financement constituait un problème pour les relations avec les donateurs.

La stratégie en matière d'intégration a nécessité un renforcement des partenariats avec les gouvernements et les acteurs du développement

51. Les partenariats gouvernementaux établis aux niveaux national et local ont facilité l'accès à différents niveaux dans toutes les études de cas, comme indiqué dans le résultat B, et ont permis de faire face, à des degrés divers, à la pression exercée sur les services d'accueil lors d'afflux importants de réfugiés. Le cadre d'action global pour les réfugiés, tel qu'il a été mis en œuvre en Ouganda, a offert un cadre d'intégration solide. Au Cameroun, la stratégie consistant à moderniser les installations nationales et à permettre aux communautés d'accueil d'y accéder a permis d'améliorer les services de santé destinés aux populations d'accueil et aux réfugiés dans des zones qui étaient auparavant mal desservies.

52. Pour promouvoir l'intégration et le renforcement des systèmes de santé et faire face aux contraintes budgétaires, certaines opérations ont tissé des liens avec des acteurs du développement, comme la Banque mondiale. Dans le cadre de l'initiative d'autonomisation des réfugiés et des populations d'accueil, la Banque mondiale a octroyé 50 millions de dollars à l'Ouganda pour améliorer les services et combler les écarts en matière de développement. Au Cameroun et au Tchad, des programmes de financement de la Banque mondiale, respectivement d'une valeur de 274 millions de dollars et de 60 millions de dollars, ont été approuvés en 2018 en vue d'améliorer les services fournis aux réfugiés, y compris les soins de santé. Le Cameroun a également mis en œuvre sa stratégie pluriannuelle et multipartenaire, et le Pakistan a adopté une approche axée sur le développement pour transférer les responsabilités liées à la santé des réfugiés au gouvernement du pays hôte. En 2017, les fonds alloués au financement du développement étaient près de neuf fois supérieurs à ceux alloués au financement humanitaire, ce qui pourrait permettre d'atténuer la baisse des fonds²⁴.

Le Haut-Commissariat a utilisé son pouvoir de rassemblement pour fournir des services de santé publique coordonnés

53. Le HCR a facilité la coordination au niveau opérationnel afin d'éviter les doubles emplois dans la prestation des services. Parmi les personnes interrogées, 89 % des partenaires et 96 % du personnel étaient d'accord pour dire que la coordination garantissait la complémentarité des services et évitait qu'ils fassent l'objet de doubles emplois, et 95 % des membres du personnel ont déclaré qu'elle assurait l'apport d'une réponse aux lacunes et aux besoins. Des études de cas et des entretiens organisés avec les partenaires fournissent des exemples qui viennent étayer ces constats. En Ouganda, le HCR a dirigé la coordination de plus de 30 partenaires œuvrant dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène avec l'administration du district, ce qui, selon les parties prenantes, a très bien fonctionné. En Malaisie, le groupe de travail sur la santé a réuni des partenaires d'exécution et des partenaires gouvernementaux pour aborder des problèmes communs.

54. Les partenariats avec les communautés de réfugiés ont permis de faire participer la population, de diffuser les messages plus efficacement et d'assurer une plus grande durabilité. Ils ont particulièrement bien fonctionné au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où 80 % des fonctionnaires ont jugé que l'action des partenaires était bonne ou excellente, contre 62 à 68 % dans les autres régions. Au Cameroun et en Ouganda, des membres de communautés de réfugiés étaient responsables de l'entretien des sites d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, y compris des puits. Au Pakistan, des comités de réfugiés se sont chargés des fonds communautaires et ont assuré la supervision des établissements de santé. Toutefois, lors de discussions de groupe, les réfugiés se sont plaints d'un manque de communication avec le HCR.

²⁴ 147 milliards de dollars, contre 16,5 milliards de dollars (Organisation de coopération et de développement économiques).

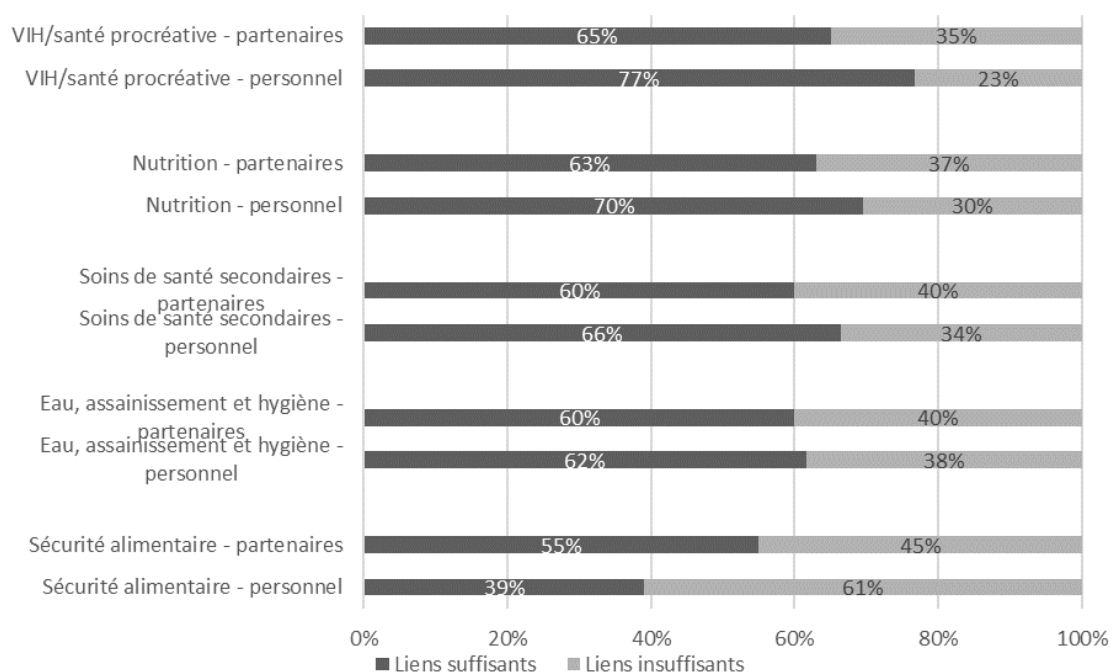
D. Le manque d'intégration entre les sous-secteurs de la santé publique et entre le secteur de la santé publique et les secteurs de la protection, de l'éducation et de l'hébergement a posé des problèmes pour la mise en œuvre efficace et efficiente des programmes de santé publique, tout comme les lacunes existant dans le suivi mondial des résultats sanitaires

Le degré d'intégration entre les soins de santé primaires et les autres sous-secteurs ont varié d'un pays à l'autre, mais s'est révélé généralement limité concernant la sécurité alimentaire

55. À l'échelle mondiale, les partenaires de santé publique et le personnel interrogés ont estimé que le VIH et la santé procréative constituaient le sous-secteur le plus intégré aux soins de santé primaires, suivis de la nutrition, des soins de santé secondaires et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (voir figure XV). Le sous-secteur de la sécurité alimentaire a été jugé le moins intégré.

Figure XV

Opinion des partenaires et du personnel sur les liens entre les soins de santé primaires et les autres sous-secteurs (113 partenaires, 152 fonctionnaires)



Source : Enquête menée par le BSCI auprès de membres du personnel du HCR chargés de santé publique et de partenaires.

56. Un large consensus s'est dégagé au sein du personnel quant au bien-fondé d'intégrer l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans le programme de santé publique. Toutefois, dans trois des quatre pays étudiés menant des activités relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, le personnel a déclaré que l'intégration des questions portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans le programme global de santé publique était insuffisante. Cela a été le cas en Ouganda, où, bien que la stratégie nationale de santé publique inclue l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les partenaires

et le personnel ont signalé un manque d'harmonisation entre les différents programmes de sensibilisation à la promotion de l'hygiène mis en œuvre par les partenaires œuvrant sur les questions de santé publique et d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Dans le cadre d'un audit mondial des programmes relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène effectué en 2016, la Division de l'audit interne a également recommandé que la Division de l'appui et de la gestion des programmes assure une meilleure collaboration entre les deux sous-secteurs liés à la sensibilisation à l'hygiène.

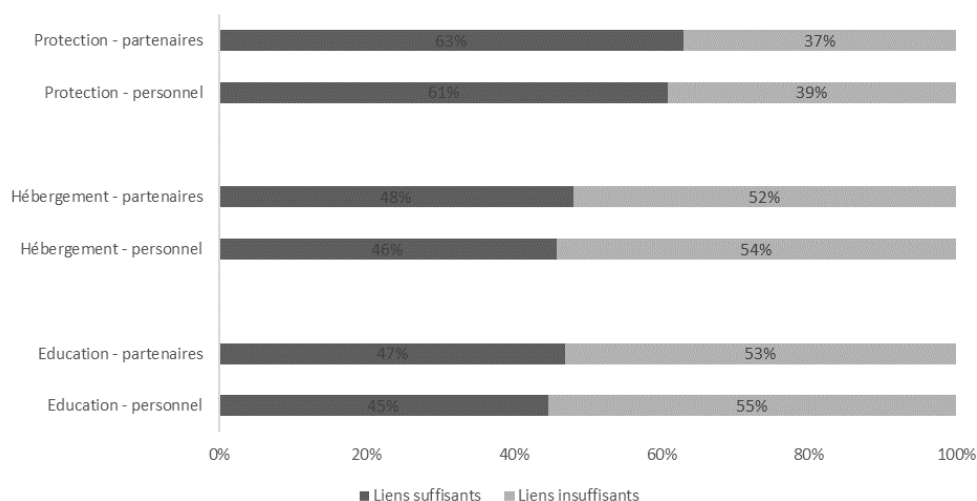
57. Un certain nombre de membres du personnel travaillant au siège et dans les opérations dans les pays ont indiqué que la séparation des budgets par sous-secteurs entravait l'exécution intégrée des activités. Certains ont estimé que les contributions préaffectées conduisaient à une approche fragmentée de certains domaines spécialisés de la santé, et qu'elles avaient ainsi une incidence sur la planification et la mise en œuvre intégrées.

Le personnel de santé publique estimait qu'au sein du HCR, la santé n'était pas considérée comme faisant partie du mandat fondamental de protection confié au Haut-Commissariat, et ont jugé insuffisante l'intégration avec les secteurs de l'éducation et de l'hébergement

58. Même si dans la stratégie mondiale pour la santé publique, l'accent est mis sur le lien étroit entre santé publique et protection, les membres du personnel chargés de santé publique interrogés ont estimé que l'objectif consistant à garantir l'accès aux soins de santé n'était pas considéré par tous comme une question de protection et qu'à ce titre, il ne recevait pas l'attention prioritaire nécessaire du HCR. Plusieurs fonctionnaires du siège, travaillant ou non dans le domaine de la santé publique, ont en outre noté qu'il existait un débat plus large au Haut-Commissariat sur la question de savoir si la fourniture de services de base, dont la santé, faisait partie de son mandat de protection. Dans l'ensemble, 63 % des partenaires et 61 % des fonctionnaires pensaient que la santé publique et la protection étaient suffisamment intégrées (voir figure XVI), et les études de cas ont fait ressortir plusieurs exemples de collaboration dans des interventions face à des cas de violence sexuelle et fondée sur le genre.

Figure XVI

Opinion des partenaires et du personnel sur les liens entre la santé publique et les autres secteurs (113 partenaires, 156 membres du personnel)



Source : Enquête menée par le BSCI auprès de membres du personnel du HCR chargés de santé publique et de partenaires.

59. Les partenaires et fonctionnaires interrogés dans le cadre des études de cas de pays considéraient généralement que la coordination entre la santé publique et d'autres secteurs, dont la protection, était efficace dans les camps, où les échanges entre différents secteurs étaient réguliers et où tous rendaient compte au responsable de camp. Au siège et dans les bureaux de pays, cependant, le personnel a noté qu'une approche multisectorielle de la programmation, qui mettrait notamment en évidence les liens structurels, faisait généralement défaut et que la participation du personnel chargé de la protection aux programmes de santé publique était ponctuelle et dépendait en grande partie des intérêts et relations des personnes concernées.

60. Moins de la moitié des partenaires et du personnel du secteur de la santé publique ayant répondu aux enquêtes estimaient que les liens avec les secteurs de l'hébergement ou de l'éducation étaient suffisants, comme le montre la figure XVI. Certains ont indiqué que le rôle de chef de file de l'UNICEF dans le domaine de l'éducation, y compris dans les programmes de santé scolaire à l'intention des réfugiés, pouvait peut-être expliquer le manque de liens avec le secteur de l'éducation dans de nombreux pays. Les membres du personnel ayant participé aux enquêtes ou aux entretiens ont évoqué d'autres domaines dans lesquels une meilleure coordination intersectorielle aurait un effet positif sur la santé des réfugiés, tels que la santé mentale et l'aide psychosociale (par des liens avec le secteur de la protection) et la sensibilisation et la mobilisation des populations locales (par des liens avec le secteur de la protection à l'échelle locale). Le personnel et les partenaires ont également souligné l'importance de l'assistance en espèces et d'une meilleure prise en compte des moyens de subsistance dans les programmes de santé publique, à la fois pour assurer la sécurité alimentaire et pour vaincre l'obstacle que représente le coût des services de santé.

Les résultats obtenus en matière de santé des réfugiés faisaient l'objet d'un suivi et étaient pris en compte dans l'établissement des programmes dans les pays, mais le suivi à l'échelle mondiale présentait des insuffisances

61. Le HCR utilise le système d'information sanitaire, qui comprend 22 catégories et 2513 indicateurs, pour recueillir des données cliniques et épidémiologiques normalisées sur les réfugiés. En 2017, le système était utilisé dans des camps et des sites de 18 pays²⁵. Les données sur la santé des réfugiés étaient aussi collectées au moyen des rapports établis par les partenaires d'exécution et, dans un petit nombre de pays, au moyen d'enquêtes sur l'accès et le recours aux services de santé et sur les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que d'enquêtes nutritionnelles standardisées élargies, visées au résultat A. En tout, 80 établissements sanitaires dans sept pays ont été évalués dans le cadre des tableaux de bord prospectifs. Au niveau national et local, la plupart des partenaires et des fonctionnaires chargés de santé publique ayant participé aux enquêtes jugeaient que les systèmes de collecte de données du HCR permettaient un suivi effectif des activités menées et des résultats obtenus dans le domaine de la santé publique (78 % des partenaires et 89 % du personnel) et que les directeurs de programme du HCR s'appuyaient sur les données disponibles pour prendre des décisions concernant les programmes en la matière (83 % des partenaires et 91 % des membres du personnel).

62. Au niveau mondial, la Section de la santé publique au siège a recueilli chaque année des données provenant des opérations menées dans les pays et établi des rapports globaux et des rapports par pays. Les données rassemblées provenaient d'indicateurs relatifs à la santé des réfugiés au niveau des sites et des pays collectés au moyen du système d'information sanitaire, d'un ensemble d'indicateurs clefs de santé publique faisant l'objet d'un suivi annuel et présentés sur la plateforme Twine par les responsables d'opérations dans les pays dotées d'un budget de santé publique de 0,5 million de dollars ou plus, et d'un questionnaire sur l'intégration des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux, qui a été mis à l'essai en 2018. À la fin de 2018, un nouveau système d'information sanitaire, destiné à remplacer la plateforme Twine, était en cours de mise au point.

63. Toutefois, le suivi au niveau mondial des résultats n'était pas exhaustif, en particulier pour les réfugiés vivant en dehors des camps, pour lesquels aucune donnée sur les résultats en matière de santé n'était disponible. Les données tirées du système d'information sanitaire pour les 18 opérations menées dans les pays en 2017 couvraient 4,3 millions réfugiés dans des camps ou des sites²⁶, soit seulement 58 % de la population de réfugiés de ces opérations, et 27 % de la population de réfugiés au niveau mondial. Les données sur les indicateurs de santé publique n'étaient disponibles que pour 40 des 62 opérations dotées d'un budget de santé publique. Sur les 21 opérations pour lesquelles les données annuelles n'avaient pas été communiquées, 8 avaient un budget de santé publique supérieur à 0,5 million de dollars cette année-là. En outre, l'aperçu des indicateurs de santé publique n'était pas complet même pour les 40 opérations ayant présenté des données annuelles, étant donné que les données n'avaient été recueillies que pour les sous-secteurs d'activité du HCR dans chaque opération. Le fait de ne pas disposer de données nationales exhaustives et comparables ni de données sur la santé des réfugiés en dehors des camps représentait un problème pour les responsables du siège et des bureaux régionaux, censés assurer un suivi et vérifier que les objectifs énoncés dans la stratégie globale pour la santé publique étaient atteints pour tous les sous-secteurs, et

²⁵ HCR, « UNHCR public health : 2017 annual global overview ».

²⁶ Le système d'information sanitaire est utilisé en Iraq et en Jordanie également ; les données concernant les 400 000 réfugiés concernés n'ont cependant pas été incluses dans les ensembles de données communiqués au BSCI.

veiller à ce que les décisions prises concernant les différents sous-secteurs soient prévisibles.

V. Conclusion

64. Pour s'acquitter de son mandat, à savoir permettre aux réfugiés d'exercer leurs droits en matière de soins de santé, de sécurité alimentaire et d'eau, d'assainissement et d'hygiène, le HCR exécute un programme de santé publique vaste et complexe dans un contexte caractérisé par des déplacements accrus, des ressources réduites et des conditions de sécurité difficiles. Parallèlement, la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants et le renforcement de la participation des gouvernements et des acteurs du développement ont ouvert de nouvelles possibilités d'action face à ces problèmes. L'importance cruciale que revêtent les objectifs et les résultats en matière de santé des réfugiés exige que les interventions menées soient considérées comme une question de protection et qu'elles soient donc pleinement intégrées à la planification et à la mise en œuvre des programmes aux niveaux mondial et national, ce qui n'a pas toujours été le cas. De plus, il est essentiel de s'orienter vers des stratégies à plus long terme afin d'assurer la continuité des services fournis lorsque le financement disponible diminue et que les partenaires réduisent leur engagement. Le HCR et son personnel dévoué ont accompli un travail admirable pour ce qui est de fournir des soins de santé primaires de qualité, en particulier dans les camps, malgré des contraintes importantes, et se sont efforcés de réduire les obstacles à l'accès aux systèmes de santé nationaux. Toutefois, il faut faire davantage face aux problèmes rencontrés en dehors des camps, en particulier dans les situations de crises prolongées, et veiller à optimiser les partenariats des Nations Unies. Des pas ont été faits dans la bonne direction, avec le passage à une approche privilégiant les solutions durables, notamment les initiatives de financement pluriannuel et pluripartenaire et de collaboration avec les gouvernements et les partenaires de développement, mais les responsables du HCR doivent également faire en sorte que la planification stratégique soit généralisée et que la question de la santé soit pleinement intégrée dans les mécanismes, la programmation et la prise de décisions internes.

VI. Recommandations

65. La Division de l'inspection et de l'évaluation du BSCI fait cinq recommandations importantes au HCR.

Recommandation 1 : stratégie globale pour la santé publique (résultats A et B)

66. Dans la prochaine stratégie de santé publique, le HCR devrait insister davantage sur les mesures à prendre pour que l'appui aux systèmes de santé soit plus axé sur la durée et l'inclusion, donner des directives aux responsables des opérations de pays quant aux activités et indicateurs au moyen desquels mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de l'inclusion, et définir et accentuer le rôle du Haut-Commissariat dans le renforcement des systèmes de santé et la mobilisation d'autres intervenants en faveur de la santé publique pour les réfugiés.

Indicateurs : la stratégie globale pour la santé publique pour l'après-2018 tient compte des éléments d'inclusion relevés.

Recommandation 2 : planification (résultat A)

67. Le HCR devrait planifier les activités de manière prospective et stratégique au niveau des opérations afin de garantir une mobilisation systématique par rapport aux

besoins, et trouver différents moyens d'intervenir rapidement après les situations d'urgence et dans les périodes de transition, en veillant à intégrer la santé publique dans tous les aspects de cette planification.

Indicateurs : les directives devant permettre une prise de décision systématique et fondée sur des données probantes en ce qui concerne la mobilisation en faveur de la santé publique au niveau national sont élaborées et font l'objet d'un suivi ; les responsables des opérations se communiquent les enseignements tirés de leur expérience en matière de planification de la transition ; les paramètres de la planification de scénarios pour l'ensemble des activités des opérations sont pris en compte dans le nouveau cadre de résultats défini aux fins du projet de renouvellement de la gestion axée sur les résultats.

Recommandation 3 : données (résultats A, B et D)

68. Le HCR devrait améliorer le suivi des réalisations en matière de santé hors camps, notamment par l'utilisation de données pour prendre des décisions stratégiques.

Indicateurs : la stratégie de santé publique pour l'après-2018 comporte différents moyens d'améliorer le suivi de la santé hors camps ; les activités de sensibilisation des autorités nationales en ce qui concerne la collecte, la ventilation et la communication de données clefs sur les réfugiés, notamment sur leur santé, se poursuivent, lorsque les conditions de sécurité le permettent ; le personnel du HCR et les partenaires de mise en œuvre reçoivent des directives et des formations qui leur permettent de renforcer leurs capacités en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des données des programmes ; le nombre ou le champ des enquêtes sur l'accès et le recours au système de santé est accru lorsque cela est possible.

Recommandation 4 : partenariats (résultat C)

69. Pour améliorer les partenariats opérationnels, le HCR devrait renforcer les systèmes de suivi en faisant en sorte qu'ils portent sur des aspects concrets et soient adaptés à chaque partenaire, afin de remédier aux éventuels chevauchements ou lacunes résultant des activités des autres organismes des Nations Unies ou des partenaires opérationnels, et afin d'appliquer les enseignements tirés des projets pilotes pluriannuels et multipartenaires.

Indicateurs : institutionnalisation de la programmation pluriannuelle et multipartenaire, et prise en compte des résultats des projets pluriannuels et multipartenaires dans le cadre du projet de renouvellement de la gestion axée sur les résultats ; ajout de réalisations escomptées à plus long terme dans le cadre de résultats, afin que la programmation pluriannuelle et le suivi des réalisations puissent correspondre davantage aux processus de planification que les partenaires opérationnels pourraient avoir en place.

Recommandation 5 : intégration (résultat D)

70. Le HCR devrait renforcer les liens multisectoriels en leur faisant une plus large place dans la prochaine stratégie de santé publique en vue de favoriser l'apprentissage et les liens internes, ainsi qu'en présentant des modèles efficaces de programmation intégrée pour appuyer les activités de plaidoyer menées en interne et auprès des donateurs en ce qui concerne les besoins de financement.

Indicateurs : les modèles d'intégration sont présentés, faits à l'appui, au niveau interne et aux donateurs ; la stratégie de santé publique pour l'après-2018 fait une

plus large place aux liens intersectoriels, notamment aux moyens d'optimiser ces liens au niveau des pays.

La Secrétaire générale adjointe aux services
de contrôle interne,
(Signé) Heidi **Mendoza**
Mars 2019

Annexe

Observations officielles reçues du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Dans la présente annexe, le Bureau des services de contrôle interne reproduit dans leur intégralité les observations reçues du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés sur son évaluation. Cette pratique a été instituée conformément à la résolution 64/263 de l'Assemblée générale, sur la recommandation du Comité consultatif indépendant pour les questions d'audit.

Réponse du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés à son évaluation par le Bureau des services de contrôle interne

1. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés remercie la Division de l'inspection et de l'évaluation du Bureau des services de contrôle interne de la possibilité qui est offerte à sa direction de répondre à l'évaluation dont a fait l'objet le programme de santé publique du Haut-Commissariat, et en particulier la stratégie mondiale pour la santé publique pour la période 2014-2018. Le Haut-Commissariat a lu le rapport d'évaluation avec grand intérêt, pris note de ses conclusions et accepté ses recommandations.
2. Depuis le lancement de la stratégie de santé publique pour la période 2014-2018, d'importants changements sont intervenus sur les plans tant interne qu'externe qui ont appelé l'attention sur le fait que de nombreuses situations de réfugiés perdurent et sur les répercussions de cet état de choses sur les communautés d'accueil et les systèmes de santé nationaux et locaux qui, souvent, manquaient déjà de ressources. Il est donc manifeste que les acteurs du développement doivent accentuer leur participation, notamment à l'intervention rapide en faveur des réfugiés, et que les systèmes de santé nationaux doivent recevoir un appui plus stratégique. Ces 15 dernières années, le Haut-Commissariat n'a cessé de progresser dans ce domaine grâce à sa politique et aux méthodes qu'il a mises en place pour améliorer l'intégration des réfugiés et des autres personnes relevant de sa compétence dans les systèmes de santé nationaux. De fait, il a constaté avec satisfaction que nombre de ses réalisations dans ce domaine avaient été relevées dans le rapport d'évaluation.
3. Cette importante évaluation et les recommandations qui y figurent ne manqueront pas de nous aider à élargir et à renforcer la participation d'autres intervenants dans le traitement des problèmes de santé publique que connaissent les réfugiés pendant et après les situations d'urgence, ainsi que dans les camps et en dehors. Nous avons donc appliqué au plan d'action du Haut-Commissariat une matrice de réponse décrivant les domaines stratégiques sur lesquels nous avons l'intention de nous concentrer au cours des prochaines années comme suite aux recommandations.
4. En conclusion, nous remercions la Division de l'inspection et de l'évaluation du Bureau des services de contrôle interne de l'évaluation qu'elle a faite de notre action en matière de santé publique, en particulier les équipes qui ont travaillé en étroite collaboration avec nous dans cette entreprise.